



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 76

URUAPAN, MICHOACAN



**“EFECTO DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN EL DESCONTROL DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES DE LA U.M.F. 40”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. YADIRA ABAUNZA CASTAÑEDA

URUAPAN, MICHOACAN

2016

ASESOR

DR. JOSE MELQUIADES JERONIMO CAMACHO PEREZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“EFECTO DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN EL DESCONTROL DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES DE LA U.M.F. 40”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. YADIRA ABAUNZA CASTAÑEDA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIAS DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“EFECTO DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN EL DESCONTROL DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES DE LA U.M.F. 40”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. YADIRA ABAUNZA CASTAÑEDA

A U T O R I Z A C I O N E S

DRA. CLAUDIA JANETH MORFIN MACÍAS

PROFESOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 76

DR. JOSÉ MELQUÍADES JERÓNIMO CAMACHO PÉREZ

ASESOR DE TESIS

DR. JOSE MELQUIADES JERONIMO CAMACHO PEREZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL DELEGACION MICHOACÁN

DR. JUAN GABRIEL PAREDES SARALEGUI

COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL DELEGACION MICHOACAN

URUAPAN, MICHOACAN

2016

**“EFECTO DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN EL DESCONTROL DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES DE LA U.M.F. 40”**



DEDICATORIA

*A César Jesús,
Diego y Paulina,
Mis tres grandes pilares.*

AGRADECIMIENTOS

- A mis hijos, a ti Diego por tu sensibilidad, por tu amor, por tus cuidados, a Ti Paulina por tu buen ánimo ante cualquier situación y por tu sonrisa que siempre la tienes lista para regalar, gracias mis amores por adaptarse a mis ausencias, por formar parte indispensable de mi vida, en especial en esta experiencia que culmina.
- A mi esposo César Jesús, por alentarme a iniciar esta experiencia, por tu apoyo incondicional a llegar al fin, gracias por hacer que la vida en el hogar continuara con mis ausencias.
- A mis Padres por enseñarme los valores de responsabilidad y compromiso.
- Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por darme esta grata oportunidad.
- A mi asesor, maestro y ejemplo el Dr. José M. Camacho P. por sus grandes enseñanzas.
- A mis compañeras y ahora amigas Nora y Sandra por estar juntas en este aprendizaje.
- A la presencia de Dios nuestro señor y la Virgen de Guadalupe en este y cada paso de mi vida.

INDICE

RESUMEN - - - - -	8
INTRODUCCION - - - - -	9
MARCO TEORICO - - - - -	11
JUSTIFICACION - - - - -	41
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA - - - - -	42
HIPOTESIS - - - - -	45
OBJETIVOS - - - - -	46
METODOLOGIA - - - - -	47
TAMAÑO DE MUESTRA - - - - -	49
UNIVERSO DE TRABAJO - - - - -	51
VARIABLES - - - - -	53
RECURSOS - - - - -	61
CONSIDERACIONES ETICAS - - - - -	60
RESULTADOS - - - - -	65
DISCUSION - - - - -	82
CONCLUSIONES - - - - -	87
BIBLIOGRAFIA - - - - -	89
ANEXOS - - - - -	93

1. RESUMEN

EFFECTO DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN EL DESCONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES DE LA UMF 40

Abaunza C. Y. Camacho P. J. Hurtado R. E. UMF 40, HGZ 8, UMF 76, UMF 40.

Introducción: La prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles o enfermedades crónicas esenciales del adulto (ECEA) como la hipertensión arterial sistémica, han demostrado un crecimiento en las últimas dos décadas, superando las enfermedades transmisibles del adulto. Para las enfermedades crónicas, la hipertensión arterial es un factor de riesgo, en cuyo descontrol inciden factores, como falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante.

Objetivo: Determinar el control y descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica en familias normo funcionales y disfuncionales.

Material y Métodos: Es un estudio prospectivo, longitudinal, se realizaron encuestas previo consentimiento informado a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica que acudieron a consulta a la UMF 40 en el período comprendido entre noviembre 2013 a abril 2014.

Resultados: Incluidos en la investigación 60 pacientes divididos en dos grupos con edad promedio de 66.5 años, mujeres 64% femenino y 36 % masculino. Se presentó descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica en el 35% de los pacientes relacionado con disfuncionalidad familiar.

Conclusiones: Se observó la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras mayores a 139/89 mm/Hg predominantemente en pacientes miembros de familias disfuncionales.

Palabras clave: Disfunción Familiar, Hipertensión Arterial, Descontrol.

INTRODUCCION

En México al igual que en otros países subdesarrollados y en gran parte de los desarrollados la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles o también denominadas enfermedades crónicas esenciales del adulto (ECEA) como la hipertensión arterial sistémica entre otras, han demostrado un crecimiento exponencial en las últimas dos décadas, llegando a superar las enfermedades transmisibles del adulto. A esta transformación se ha aplicado un término "Transición Epidemiológica". Tal vez el mayor valor de este concepto como problema de salud mundial es que ahora se reconoce a las ECEA como primera causa mundial de morbilidad en el adulto. Su impacto económico-social es de interés para cualquier sistema de salud en el mundo, ya que se trata de entidades no curables con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes (1).

A su vez, en la últimas 5 décadas se ha observado, un importante incremento en la incidencia de enfermedades no transmisibles, principalmente, debido, al aumento en la esperanza de vida de la población en general, constituido, un verdadero problema de salud para todos los países y que se traduce en el aumento de la morbi-mortalidad, y disminución potencial de años productivos de vida.

Por lo que, frecuentemente los pacientes mayores de 65 años se encuentran en riesgo de padecer hipertensión arterial sin saberlo y por lo tanto están expuestos a sus complicaciones. Sin olvidar el incremento de la presión arterial diastólica, está relacionada con la mortalidad en personas mayores.

En México, la encuesta Nacional de Salud (ENSA), reporta que alrededor de quince millones de adultos la padecen y que al año mueren por complicaciones, 200 mil de ellos.

Para las enfermedades crónicas representadas fundamentalmente por las cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial es un factor de riesgo relevante, en cuyo descontrol inciden diversos factores, como: falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos

de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia, puede representar un serio problema, tanto en su funcionamiento, como en su composición. Dada la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, y que se traduce e impacta, en cada uno de sus miembros.

MARCO TEORICO

La Hipertensión Arterial es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras mayores a 139/89 mm/Hg. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. La prevalencia ha estado en aumento, asociada a patrones alimentarios inadecuados, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales relacionados con hábitos tóxicos.

Las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países, ha propiciado que una gran cantidad de personas transite hacia el envejecimiento. En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15% y el 30%. La frecuencia de HAS aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HAS. En muchos países es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de uso de medicamentos.

La prevalencia de la hipertensión arterial en México es de 24% en adultos de y 30.8 en pacientes > o igual a 20 años, se estima que el número de casos es de 15 millones de hipertensos en la población entre los 20 y 60 años de edad. Más de la mitad de la población portadora de hipertensión lo ignora, ya que por causas diversas sólo se detectan del 13.4 al 22.7%. Menos de la mitad de los que se conocen hipertensos toman medicamentos y de estos sólo el 20% están controlados (1).

Enfermedad crónica de mayor prevalencia en México y a nivel mundial, de etiología multifactorial, En cuanto a su etiología la HAS es desconocida en el 95% de los casos, identificándose como esencial o primaria. El restante 5% es debido a causas secundarias. Repercute sobre la esperanza y la calidad de vida de quien la presenta. La hipertensión arterial es la enfermedad crónica de mayor magnitud en México, afecta a 30.8% de la población mayor de 20 años, 61% desconocen que

son portadores, 46.9% llevan tratamiento y 23.9% cursan con hipertensión arterial controlada, es de las principales causas de consulta, hospitalización y muerte, reduce de 10 a 20 años de esperanza de vida. Lograr una intervención efectiva para su control es trascendental.

De los numerosos estudios, el realizado en Framingham demostró su asociación con otras afecciones como la obesidad, encontrada en el 78% de los hombres y en un 64% de las mujeres. Los individuos con inactividad física alcanzaron un riesgo del 35% de padecer HAS. En aquellos que padecían Diabetes Mellitus de larga duración se encontró en un 66%. El incremento de la ingestión de alcohol aumentó progresivamente las cifras de HAS. Así mismo lo hizo el tabaquismo. En la Gota, la hiperuricemia se presentó entre un 25% a 50% de las personas hipertensas no tratadas (2).

La HAS es considerada un predictor de morbi mortalidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que se destacan, la enfermedad cerebro vascular, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad arterial periférica, La retinopatía y la insuficiencia renal. Es la tercera causa de discapacidad ajustada por años de vida. Es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales la prevalencia identificada de hipertensión arterial sistémica para el año 2000 fue de 30.05%, es decir, más de 16 millones de Mexicanos, entre los 20 y 69 años padecían HAS.

La modificación de los factores de riesgo y el estilo de vida, disminuye su incidencia y favorece el control. Así mismo, la hipertensión arterial es susceptible de control y con ello prevenir y modificar la aparición de sus complicaciones.

En la actualidad, afecta a más de un billón de personas en el mundo y más que una entidad patológica es un factor de riesgo con serias consecuencias cardiológicas y cerebro-vasculares si no se controla (3).

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un problema de salud que ocasiona complicaciones renales, oftalmológicas y hasta la muerte. Por lo que frecuentemente los pacientes mayores de 65 años de edad se encuentran en riesgo de padecer Hipertensión Arterial Sistémica sin saberlo y por tanto están

expuestos a sus complicaciones. Sin olvidar que el incremento de la presión arterial diastólica está estrechamente relacionado con la mortalidad en personas mayores. Ante esta situación, es indispensable establecer lineamientos adecuados y uniformes de atención, que sólo se lograrán con el trabajo conjunto y ordenado, de un gran número de profesionales de la salud.

La HAS se caracteriza por un aumento sostenido de las cifras de presión arterial sistólica mayor o igual a 139mmHg y/o de presión arterial diastólica mayor o igual a 89mmHg o elevación de ambas (4). Es uno de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención. La Organización Mundial de Salud (OMS) ha llamado la atención sobre la importancia de la medición periódica y rutinaria de la presión arterial en niños y su detección precoz para evitar complicaciones futuras (5).

Según la Organización mundial de Salud (OMS), la HAS constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo occidental. Se estima que el 50% de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) se puede atribuir a la elevación de la Presión Arterial (PA), siendo el principal riesgo de ictus e insuficiencia cardiaca. El 90% de las personas normotensas a los 55 años serán Hipertensas antes de su muerte.

La mayoría de las complicaciones relacionadas con la HTAS son prevenibles, pero las bajas tasas de conocimiento y control de su hipertensión por parte de profesionales y pacientes hacen más dramática la situación actual en salud pública.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana y el séptimo informe sobre HTAS (Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure JNC 2003) las cifras de la clasificación de la Presión Arterial en los adultos mayores de 18 años son:

	Mm/Hg	
Normal	Menos de 120	Menos de 90
Pre hipertensión	120-139	80-89
HTAS: Estadio 1	140-159	90-99
HTAS: Estadio 2	Más de 160	Más de 100

PAS: Presión Arterial Sistólica

PAD: Presión Arterial Diastólica

Mm/Hg: Milímetros de mercurio

A pesar de los avances en cuanto a la detección, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial Sistémica, esta sigue ocupando un importante problema de salud pública en la mayoría de los países. Por lo que se encuentra, desde hace años en la lista de afecciones a controlar, dada la alta morbi-mortalidad nacional y mundial. Aunque se dispone de fármacos eficaces para su tratamiento y de numerosos programas científicos de formación y actualización, la realidad es que, sólo se controla un porcentaje bajo de pacientes según las cifras consideradas normales en la actualidad.

Por otra parte, es importante recordar, que la HAS es una enfermedad silenciosa, que frecuentemente pasa inadvertida, a pesar de los riesgos que tienen los individuos de padecerla, sin ser controlada, en especial mayores de 65 años, con incrementos de la presión arterial sistólica.

La HAS representa especial importancia, no sólo por constituir las primeras causas de morbi-mortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, lograr su control y prevenir sus múltiples complicaciones.

Se conoce que además de la ingesta de medicamentos, se requieren otras medidas de control, primordialmente, el ajuste de la alimentación, el control de

peso en caso de obesidad, actividad física adecuada. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Es decir la atención médica del paciente hipertenso, debe realizarse de forma individual en cada uno de ellos, mejorando su calidad de vida y estableciendo medidas que favorezcan el control de su enfermedad y a su vez, tratar de mejorar al máximo las posibilidades que le permitan una mejor calidad de vida a pesar de su padecimiento.

Los factores de riesgo, hipertensión, tabaquismo, obesidad, estrés y desinformación están relacionados con la dinámica familiar; y su incidencia es mucho menor si se abordan desde una perspectiva que incluya el problema en el contexto familiar, puesto que las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar desequilibrio emocional y descompensación en el estado de salud de las personas.

La HAS es un factor de riesgo relevante, en cuyo descontrol inciden diversos factores, como: falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante.

La etiología de la hipertensión se identifica como primaria en 90 a 95 % (esencial) y secundaria en 5 a 10 % de los casos. HAS primaria. Antecedentes hereditarios de HAS, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, estrés mental, hábitos alimentarios, Uso de medicamentos, Diabetes mellitus, Síndrome cardiometabólico HTA secundaria: Apnea del sueño, Insuficiencia renal crónica, aldosteronismo primario, enfermedad reno vascular, feocromocitoma, síndrome de Cushing, enfermedad de tiroides o paratiroides, coartación de la aorta (7).

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN POR CAUSAS SECUNDARIAS

Renal (Parénquima, Glomerulonefritis, Pielonefritis, Nefritis Intersticial Nefropatía Diabética)

Enfermedades del tejido conectivo

Tumor renal (yuxtaglomerular, Hipernefroma, tumor de Wilms)

Quiste renal y riñón poliquístico

Anormalidades del desarrollo

Otros (amiloidosis, nefritis gotosa, hematoma)

Obstructivas

Hidronefrosis

Renovascular: (Obstrucción de arterias renales).

Ateroesclerosis, Variable dependiente

Hipertensión Arterial Sistémica: Es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras mayores a 139/89 mm/Hg. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.

Variables Independientes

Dinámica Familiar: Se define como la fuerza de trabajo de una familia. Es la manera en que una familia vive e interactúa, las relaciones entre todos sus integrantes. Estas relaciones son cambiantes y están sujetas a diversas influencias, las cuales pueden ser internas y/o externas. Las influencias internas están dadas por cada uno de los integrantes que conforman la familia nuclear. Las influencias externas las generan otros familiares que pueden tener influencias, así como otros factores: económicos, políticos, la sociedad, la cultura, etc.

Funcionalidad Familiar: Es la capacidad de la familia como sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Interrelación Médico – Familia: Relaciones que existen entre los integrantes de una familia

Peso: Medida de la fuerza que ejerce la gravedad sobre un cuerpo determinado.

Talla: Medida que depende la población y sexo, así como de la genética y del estado nutricional.

Índice de Masa Corporal: Medida de asociación entre la masa y peso de un individuo. Ideada por el estadista belga Adolph Quetelet.

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento

Necesidades cognoscitivas de la familia

Escolaridad: Tiempo en que se asiste a centro de enseñanza.

Estado Civil: Situación determinada por relaciones de familia que establece ciertos derechos y obligaciones.

Dieta: Conjunto de sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos

Ejercicio: Conjunto de movimientos corporales que se realizan con el objetivo de mejorar la condición física displasia fibromuscular, trombosis o embolia, otras (tumores, arteritis, pseudoxantoma elástico)

Renopriva: Insuficiencia renal, estado anéfrico, adrenal

Mineralocorticoides:

Aldosteronismo primario

Aldosteronismo idiopático

Desoxicorticosteronismo

18 hidroxidexoxicorticosteronismo

Síndrome de deficiencias de hidroxilación

Feocromocitoma

Enfermedad de Cushing

Síndrome adrenogenital

Otras endocrinopatías: Hipertiroidismo Mixedema Hiperparatiroidismo Acromegalia

Coartación de la aorta

Toxemia del embarazo

Hipertensión neurogénica: Aumento de presión intracraneal Isquémica

Neuroblastoma

Neuropatía (porfiria, intoxicación por plomo)

Sección medular

Encefalitis

Poliomielitis bulbar

Síndrome diencefálico (Page)

Porfiria aguda

Intoxicación por plomo

Hipertensión por droga

Anticonceptivos orales

Inhibidores de mono amino-oxidasa con tiramina

Simpaticomiméticos

Otras hipertensiones Hipercalcemia, Síndrome carcinoide,

Las hipertensiones más frecuentes entre las secundarias son:

Renales (parénquima): 3% de las hipertensiones.

Renovasculares (estenosis de arteria renal): 0,5 a 1,5% de las hipertensiones

Aldosteronismo Primario: 0,1 a 1% de los hipertensos

Feocromocitoma: 0,5% de los hipertensos

La hipertensión arterial es considerada la principal causa de riesgo para el desarrollo de infarto agudo al miocardio, falla cardíaca, arritmia ventricular, nefropatía, ceguera, entre otras.

DAÑO EN ÓRGANOS DIANA / ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Enfermedad del corazón: Hipertrofia ventricular izquierda Angina/Infarto cardíaco previo Revascularización coronaria previa Insuficiencia cardíaca.

Enfermedad cerebrovascular o Ataque transitorio isquémico (ATI).

Nefropatía

Enfermedad arterial periférica

Retinopatía.

Sobre la base de estos componentes del riesgo y los niveles de presión arterial los pacientes con riesgo se clasifican en grupos específicos para adecuar un enfoque más completo en su manejo ulterior, considerando la asociación de modificación de estilos de vida y tratamiento farmacológico en relación del riesgo.

En particular durante los últimos 20 años, han surgido numerosos artículos prospectivos de cohorte y meta-análisis que enfatizan en el descenso de la presión arterial como prevención de la EVC; dichos estudios indican que tanto en algunas regiones de Asia como en Norteamérica y en Europa Occidental por cada 10 mm/Hg de descenso en la presión arterial sistólica habrá un decremento asociado en el riesgo de la EVC de aproximadamente un tercio de las poblaciones estudiadas entre 60 a 69 años de edad. Dicha asociación es continua en los

niveles de descenso en la presión arterial por lo menos hasta 117/75mmHg y es consistente entre los diferentes grupos poblacionales, los sexos y los diferentes subtipos de EVC (6). Hago mención de investigación existente donde se fundamenta claramente, con estadística analítica, el valor pronóstico que tiene la primera medición de la PAS en las primeras 48 horas de evolución en la EVC aguda, contribución importante para las urgencias neurológicas cerebrovasculares, que muestra la tasa de mortalidad a los 30 días y un patrón no lineal en J con respecto a la PAS, observándose que para ambos extremos de la distribución, tanto la hipotensión como la hipertensión extremas, se asociarán con una mayor probabilidad de muerte, junto con la edad mayor de 65 años, estableciéndose un mejor pronóstico funcional para los pacientes que tuvieron una PAS entre 100mmHg y 159 mmHg, ya que el descontrol hipertensivo es frecuente en los diferentes subtipos de EVC (7).

Es en este contexto que al irse delineando cada vez con mayor precisión una entidad compleja como la HAS podemos afirmar, que la enfermedad cerebrovascular y la cardiovascular son dos entidades íntimamente relacionadas (afirmación conocida intuitivamente o reflexivamente tanto por cardiólogos como por neurólogos) (8).

Lo anterior en el entendimiento de que la EVC representa a nivel mundial la segunda causa de muerte y la principal causa de invalidez (9); asimismo, en países en desarrollo como el nuestro, al representar la cuarta causa de muerte (10) y ser una de las causas de mayor discapacidad en el adulto, el impacto socioeconómico será fuerte si además tomamos en cuenta que hasta 30% de los pacientes con EVC desarrollarán demencia (11).

En México, la frecuencia de hipertensión arterial sistólica se ha incrementado y los índices de descontrol por pobre apego al tratamiento antihipertensivo continúan elevados (12).

Existen evidencias documentadas respecto a las enfermedades crónicas, por ejemplo la HTAS, donde la evolución y la respuesta al tratamiento dependen en buena medida del funcionamiento de la familia (13).

En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La HTA está presente en la mayoría de ellas (14).

En el año 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a nuestro país a participar conjuntamente con otros 13 países en un proyecto de investigación titulado "Programa para el Control Comunitario de la Hipertensión Arterial". Se elaboró entonces por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), basado en los criterios y recomendaciones de este proyecto, el primer programa nacional para la prevención y el control de la Hipertensión Arterial.

Para supervisar, controlar y evaluar dicho programa, se creó la Comisión Nacional de Hipertensión Arterial del MINSAP, la cual además participó conjuntamente con la OPS en un proyecto similar al ejecutado por la OMS. En ambos estudios se adoptaron las cifras tensionales de 160 y 95 mm de Hg para clasificar como hipertensos a los individuos de 15 y más años; con estas cifras la prevalencia en nuestro país era de 15% en las zonas urbanas y entre un 7 % y 8% en las zonas rurales.

En 1991 se revisa el programa nacional adoptándose las cifras de 140 y 90 mm de Hg por lo que los estimados de prevalencia se duplicaron. Durante el año 1995 se realizó la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas, esta corroboró lo que otros estudios territoriales efectuados en Cuba habían encontrado en cuanto a la prevalencia de Hipertensión Arterial, al registrarse un 30,6 % para zonas urbanas.

El desarrollo alcanzado por la atención primaria en nuestro país, a través del sistema de medicina familiar así como los adelantos que en los últimos años se ha experimentado en los conocimientos sobre la HTA, obligaron a la Comisión Nacional de Hipertensión a realizar en diciembre de 1995 un Taller Nacional para revisar y actualizar el programa de HTA vigente (15).

Estilo de vida: Las acciones que evitan la aparición de la enfermedad abarcan los siguientes aspectos: Control de peso: por cada 10 kg de peso arriba del peso ideal, la presión sistólica se incrementa 2 a 3 mm Hg y la diastólica 1 a 2 mm Hg.

Mantener el índice de masa corporal: de 20 a 25 puede prevenir la elevación de la tensión arterial o disminuir la dosis de medicamento en los pacientes hipertensos.

Actividad física diaria: a las personas con escasa actividad física o vida sedentaria se les recomienda la práctica de ejercicio aeróbico durante 30 a 60 minutos diarios.

Consumo de sal: no deberá exceder los 3 g de sodio o 6 g de cloruro de sodio/día y deberá evitarse los alimentos procesados debido a la gran cantidad de sal que se utiliza en su conservación.

Consumo de alcohol: su reducción disminuye 3 a 4 mm Hg la tensión arterial, por lo que el objetivo es limitar la ingesta a 60 ml. de etanol en el hombre y 30 ml en la mujer (dos copas en los hombres y una en las mujeres).

Tabaquismo: por tratarse de un riesgo cardiovascular mayor deberá evitarse o suprimirse el hábito tabáquico con el apoyo de grupos, clínicas de tabaquismo y ayuda profesional.

Alimentación: una dieta saludable y baja en grasas tiende a disminuir el peso y la tensión arterial hasta 5 a 6 mm Hg, por lo que debe promoverse esta medidas para garantizar una adecuada ingesta de potasio, magnesio y calcio, con el consumo de frutas, verduras y leguminosas. El consumo excesivo de café (más de cinco tazas al día) incrementa 1 o 2 mm Hg la presión arterial en pacientes hipertensos y sanos.

Se denomina prevención secundaria al conjunto de acciones para reducir el riesgo de desarrollar complicaciones por hipertensión arterial, los médicos de primer nivel deberán incluir en el estudio del paciente, además del estudio clínico, las siguientes pruebas: laboratorio, química sanguínea (que incluya azoados, glucosa, electrolitos y perfil de lípidos), examen general de orina para detectar microalbuminuria, electrocardiograma y radiografía de tórax.

Estos mismos exámenes se deben solicitar en la etapa de seguimiento, con la periodicidad que sea necesaria, tomando en cuenta la situación clínica.

Entre los factores de riesgo cardiovascular que se deberán investigar se encuentran: Tabaquismo, obesidad, inactividad física, dislipidemias, Diabetes Mellitus, microalbuminuria o filtración glomerular estimada < 60 ml/minuto, edad

(mayor de 55 años en hombres y mayor de 65 años en mujeres) Historia familiar de enfermedad coronaria prematura. Además, se debe realizar una valoración dietética e investigar los resultados y efectos secundarios con tratamientos hipotensores previos, y las situaciones psicosociales y laborales donde se desempeña el paciente.

Para integrar el diagnóstico se recomienda investigar los signos y síntomas que incluyen, ya que tanto en los pacientes con diagnóstico de HAS como en los que no saben que la padecen, se debe interrogar y explorar datos de vasoespasmo o repercusión a órgano blanco. Así, el apoyo de los estudios de laboratorio en el tratamiento miento del diagnóstico del paciente permitirá hacer una adecuada estratificación de la evolución del paciente. Estos exámenes son los siguientes: biometría hemática, coagulación, química sanguínea y examen general de orina, que harán posible establecer el primer filtro diagnóstico; dependiendo del paciente, La depuración de creatinina, el perfil de lípidos y el ácido úrico podrían completar el perfil.

Los estudios de gabinete que se recomienda sean incluidos son el electrocardiograma de 12 derivaciones y la radiografía posteroanterior de tórax. En este sentido, documentar hipertrofia de cavidades izquierdas En este sentido, documentar hipertrofia de cavidades izquierdas por cambios en el voltaje de V1 a V2 y V5 a V6 (criterios de Sokolow-Lyon, Wilson), cambios en el segmento ST o arritmias, podrían hacer sospechar cardiopatía isquémica, así como diferentes datos de bloqueos de rama o auriculoventriculares. En la radiografía de tórax se documenta crecimiento de cavidades cardiacas, vasos arteriales y venosos, mediastino y pulmones. El ecocardiograma se solicitará cuando exista sospecha clínica de enfermedad cardiaca concomitante o para evaluar función cardiaca.

El control no farmacológico incluye las recomendaciones que modifican los hábitos de alimentación, ejercicio, presencia de adicciones, manejo de presiones y conflictos de la vida diaria.

Es conveniente mantener un índice de masa corporal de 20 a 25.2, reducción en la ingesta de sodio de 2.5 a 3 g/día, ingesta de cinco a siete frutas y verduras por día. En pacientes hipertensos es necesaria la exploración neurológica para

evaluar la posible repercusión a órgano blanco, escrutinio de la hipertensión arterial a través de la toma periódica de la presión arterial mediante estrategia oportunista en la consulta médica, promover la suspensión del hábito del tabaco, con la participación de grupos de apoyo y el consejo profesional, Ante la sospecha de hipertensión secundaria (Reno vascular o endocrina), el paciente debe ser referido a segundo nivel para evaluación completa por el servicio correspondiente (16).

LA FAMILIA

Para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”. (17)

Definiendo el concepto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como familia a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio. (18)

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia (17).

Según definición de Horwitz la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que por lo general, están ligadas por lazos de parentescos (19).

La definición expuesta por Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivo y secundario. En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar. (20)

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y el grupo tiene una identidad propia (21).

La familia es una relación original, peculiar en cuanto a que sigue criterios de diferenciación propios. A diferencia de otros grupos primarios, la familia está caracterizada por una forma. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmiten a las distintas generaciones normas, valores e identidades.

La familia es una relación primordial, que existe desde el inicio, tanto en sentido filogenético (en cuanto que la familia está en el origen de la especie humana), como en sentido ontogénico (en cuanto que, en cualquier tiempo y lugar, el individuo se introduce en la sociedad, y madura su participación, de forma más humana cuanto mejor está apoyado por la mediación de la familia. (22)

Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales por lo que las acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del hombre, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países, incluso en Cuba. En el reconocimiento general de un paciente debería ocupar un lugar absolutamente principal las diferentes relaciones que éste sostiene en el seno de su familia, en su trabajo, en su barrio y en su comunidad en general. Su salud será, digámoslo así, proporcional al grado de

integración, participación y contribución al conjunto del organismo mayor que lo contiene. En 1998 el Dr. Hortwitz describía la salud como “un producto social que es la responsabilidad de todos.

Se han realizado diferentes estudios que muestran que tanto la longevidad, como la gripe o las afecciones coronarias, no pueden entenderse ni comprenderse cabalmente sin apelar al estudio de las relaciones que las personas sostienen con las comunidades donde habitan. Los modos como se encaren las relaciones con los distintos ámbitos donde discurre nuestra vida, son determinantes para el desarrollo de la salud y para la aparición de distintos cuadros patológicos.

Al hablar de salud tenemos que considerarla como un proceso donde es necesaria la participación activa del individuo, la familia y la comunidad y, por tanto, es una construcción colectiva, donde existen derechos y deberes.

El personal de salud debe ser capaz de determinar cuáles son los elementos influyentes en la conducta del enfermo, para producir cambios positivos en los estilos de vida insanos, como el hábito de fumar, el sedentarismo, el alcoholismo, la dieta inadecuada y el estrés, los cuales favorecen el desarrollo de cifras tensionales elevadas, en cuyo control deben estar implicados los sistemas de salud, organizaciones y toda la sociedad, para lo cual se requiere la colaboración activa de toda la familia y la comunidad; por ello nos propusimos en este trabajo caracterizar el papel de la familia y la relación médico-familia en el control de la hipertensión arterial (23).

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad.

Las funciones económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia; ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes (24).

También la enfermedad de uno de sus miembros afecta la dinámica de este grupo familiar.

Otra importante labor que lleva a cabo este grupo primario es preparar a los miembros para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones funcionales y estructurales.

Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia, si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias, si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de esta respuesta está en la historia familiar de cada uno (25).

La familia como agrupación social constituye el medio ambiente donde crecen y se desarrollan la casi totalidad de nuestros pacientes, y donde se va a gestar la salud o enfermedad, ya sean problemas biológicos y/o psicosociales.

Así mismo, la familia es un grupo social organizado como un sistema abierto, formado por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar vinculados por lazos, ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es la responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Ahora bien, para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo, se requiere una educación acorde a sus necesidades, a fin de lograr una participación en el control de la hipertensión.

La familia es una relación primordial, que existe desde el inicio, tanto en sentido filogenético (en cuanto que la familia está en el origen de la especie humana), como en sentido ontogénico (en cuanto que, en cualquier tiempo y lugar, el individuo se introduce en la sociedad, y madura su participación, de forma más humana cuanto mejor está apoyado por la mediación de la familia (26)

En el mundo y la cultura humana existen diferentes tipos de familia según la sociedad y cultura de la que se hable, así como de la época que se trate. En este texto verás los tipos de familia que se pueden encontrar en la sociedad occidental (27)

En Medicina Familiar es importante, establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares, definir el grado de funcionalidad familiar. Es tarea del médico fomentar en la familia la idea de la autorresponsabilidad en la salud de éste colectivo y de sus miembros, así como, desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud.

La evaluación de la familia, es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede decir, es el proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas. A favor de la salud, establecer diagnósticos manejos y tratamientos y en su caso rehabilitación o paliación. Así pues, la función familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o presentación de enfermedad entre sus miembros.

El concepto de salud emitido por la Organización Mundial de Salud (OMS), donde se concibe a ésta no sólo como ausencia de síntomas, sino también, como el disfrute de un bienestar psicológico y social. Además menciona, que uno de los fines principales de cada país, debe ser el incremento, en el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la “familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud.

Por lo general, el hombre pertenece vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado “familia” y de ahí que se considera muy importante para su salud su modo de vida familiar.

Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta.

No es una entidad estática sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales.

La familia es el marco que contiene a los miembros que crecen en ella. Se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad. Cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y, por lo tanto, la conducta de cada uno influirá en los demás.

La familia se subdivide en sub-sistemas. Estos, a su vez, se agrupan de acuerdo a la relación que mantienen entre sí.

Las relaciones que se establecen en la familia son simétricas, aquellas que se actúa de manera igualitaria, (subsistema de hermanos, marido-mujer). Complementarias, aquellas en las que hay asimetría en la relación (relaciones madre-hijo).

Así mismo, la familia como grupo social, debe cumplir funciones básicas como son: cuidado, afecto, estatus, socialización y reproducción, además de, la biológica la educativa, la cultural y la espiritual, siendo estos uno de los indicadores que se utilizan, para valorar el funcionamiento familiar, que la familia se a capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. La familia se subdivide en sub-sistemas. Estos, a su vez, se agrupan de acuerdo a la relación que mantienen entre sí.

Tipología familiar

1. En base a su ESTRUCTURA:

Nuclear: padre, madre e hijos.

Extensa: más abuelos.

Extensa compuesta: más otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)

Monoparental: padre o la madre y los hijos.

2. En base a su DESARROLLO:

Primitiva: clan u organización tribal.

Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.

Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

3. En base a su INTEGRACION:

Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente.

Semi-integrada: no cumplen sus funciones

Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

4. En base a su DEMOGRAFIA:

- Urbana:
- Rural:
- Suburbana:

5. En base a su OCUPACIÓN:

- Campesina, Obrera, Empleada
- Profesional, Comerciante
- Moderna
- Tradicional (28)

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

Existen diversas clasificaciones de la familia, De la Revilla clasifica la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados).

La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores. Existen personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado);

equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa).

GONZALEZ LA CLASIFICA EN

1. Familia nuclear: el padre, la madre y los hijos.
2. Familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar.
3. Familia monoparental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos.
4. Familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos.
5. Familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida.
6. Familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio.
7. Familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual. (29)

Clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso salud-enfermedad.

Las nuevas tendencias en la formación, la estructura y la función de la familia se están desplazando hacia:

- 1) la familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres;

- 2) el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias;
- 3) el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia, lo que desplaza el equilibrio de las responsabilidades económicas en las familias.
- 4) el tamaño de la familia y del hogar en descenso.
- 5) mayor carga que recae sobre los miembros de la familia en edad de trabajar debido a los dependientes jóvenes y a los mayores. Además, el hogar ha surgido como una unidad socioeconómica fuerte que, con frecuencia, ocupa el lugar de la familia formada exclusivamente por padres e hijos y los miembros de la familia ampliada.

LA FAMILIA COMO SISTEMA

Sistema: existen muchas definiciones sobre sistema, para cuestiones de la práctica se adopta la Von Bertalanffy “es un grupo de partes y objetos que interactúan y forman un todo y que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida”; o “conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos”

A partir de la década del 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. Así entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa.

Un sistema se dice que es abierto, cuando mantiene relaciones con su entorno, y es cerrado cuando no lo hace.

El desarrollo ordenado como grupo familiar y la armonía que guarden dependerá de lo abierto y permeable que la familia sea; así a mayor permeabilidad y selección del material que la estimula, la familia será más sana; a mayor restricción o menor selectividad del estímulo que a ella penetra, más peligro de enfermedad.

CICLO VITAL FAMILIAR (CVF)

El CVF es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes. (30)

El CVF se describe como la serie de etapas que se suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución

Cada etapa, que tiene a su vez fases y estadios, que permiten distinguir los eventos específicos de cada uno.

Es entendido también como un proceso de crecimiento y maduración. La familia no es una organización estática, pasiva o inmutable, es más bien un organismo vivo integrado por cada uno de sus miembros (padres, hijos y familiares de la pareja) que interactúan constantemente.

Este “organismo familiar” como todo ser vivo nace, crece, se reproduce y muere.

El CVF ayuda a establecer un perfil de riesgo psicosocial, su conocimiento ayuda al Médico Familiar porque le permite prever crisis y anticiparse a sus posibles consecuencias, a la que Hennen llama la “orientación anticipada” (27)

DUVALL clasifica el ciclo vital familiar de la siguiente forma.

- I Comienzo de la familia (nido sin usar)
- II Familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses)
- III Familias con hijos pre-escolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
- IV Familias con hijos escolares ((hijo mayor entre 6 y 13 años)
- V Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
- VI Familias como “plataforma de colocación” (desde que se va el primer hijo hasta que se va el último)
- VII Familias maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación)
- VIII Familias ancianas (desde la jubilación hasta la muerte de los dos esposos)

Ciclo Vital Familiar de GEYMAN

Fase de matrimonio	Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.
Fase de expansión	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”
Fase de dispersión	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
Fase de independencia	Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
Fase de retiro y muerte	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

La familia como institución, con sus aciertos y errores sea indispensable para el crecimiento y desarrollo adecuado de cada uno de los miembros de la familia, siendo muy difícil sustituirla por otro grupo cuando de estas funciones se habla.

Para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia, puede ser tan estrecho que modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia.

A su vez considerar a la familia como sistema, implica que constituye una unidad, una integridad, por lo que o se puede reducir a la suma de las características de sus miembros, la familia no se debe considerar como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema aporta mucho con la causalidad de los problemas familiares, los cuales, tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto), siendo un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un “culpable” sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfunción de la familia como sistema. Así pues el enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto, por el de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, siendo esto, lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a la causa de la disfunción familiar.

Sin embargo, la familia como sistema, juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas.

Tipos de conflictos. A pesar de que cada crisis es única, se las puede dividir en 4 tipos diferentes. Si bien se separan en categorías pueden aparecer superpuestas.

Crisis de evolución o del ciclo vital:

Es inevitable una crisis en cada etapa vital. Son los conflictos más esperados y universales, pero que requieren de cambios dentro del sistema familiar. Algunos de estos cambios pueden ser repentinos o dramáticos y otros leves y graduales. Son crisis reales y deberían ser manifiestas.

Están determinadas social o biológicamente. No se pueden prevenir. Los problemas aparecen cuando la familia intenta impedir las crisis, en lugar de definirla y adaptarse; o cuando intentan que sean detenidas o que se produzcan en forma prematura. Algunos ejemplos son: jubilación, matrimonio de uno de los hijos, entrada en la pubertad, vejez.

Crisis externas son sucesos inesperados. Son las más simples. El gran peligro aparece cuando se buscan culpables y se comienza a pensar en lo que se podría haber hecho para evitar la crisis en lugar de tratar de adaptarse a la situación. Hablando de pérdida repentina del empleo, muerte imprevista de un miembro, un accidente.

Crisis estructurales son las más complicadas. Hay crisis reiteradas la familia repite antiguas crisis. Lo más factible es que la tensión surja de fuerzas internas.

Estos conflictos tratan de evitar que se produzca un cambio. Las familias con miembros violentos, alcohólicos, con un miembro que tiene reiterados intentos de suicidio.

Crisis de atención se presenta en familias con uno o más miembros desvalidos o dependientes. Este miembro mantiene a toda la familia aferrada con sus reclamos de cuidado y atención. Las crisis más graves se presentan cuando se requiere una ayuda tan especializada que no se puede sustituir la labor en caso de ser necesario.

DINÁMICA FAMILIAR

Diferentes autores han considerado a la dinámica familiar como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funciones bien o mal como unidad.

En una dinámica normal hay una mezcla de sentimiento, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite el desarrollo de sus individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás. (30)

Roles en la dinámica familiar

Son todos los papeles que juegan los miembros de la familia. Es la única manera de organizar la estructura familiar

La dinámica familiar comprende los aspectos suscitados al interior de una familia donde cada uno de los miembros se encuentra ligado por lazos de pertenencia relaciones de afecto, comunicación familiar, jerarquía, roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y funciones asignadas a cada uno de sus miembros (31)

Para hablar de roles familiares siempre hay que tener presente el contexto en que se desarrolla la cultura, el estrato socio-económico, el período histórico y otros aspectos como los elementos estructurales y los aspectos interaccionales de sus miembros.

El rol es un elemento que demarca el estatus o posición entre los miembros de la familia, es un vínculo que el individuo posee para comunicarse y enfrentarse con el mundo cumpliendo con diversas funciones, deberes y derechos que han sido introyectados en el núcleo familiar y social durante el desarrollo bio-psico-social de todo individuo.

La sociedad se encuentra formada por una red de roles que se complementan unos con otros por ejemplo el papel de madre necesita el papel de hijo. Por esta

complementa es que todo individuo ejecuta varios roles al mismo tiempo (de madres, de hija, de trabajadora), distintos pero complementarios el uno con el otro.
(32)

MODELO ESTRUCTURA

Este modelo se encuentra representado por el psiquiatra Salvador Minuchin de origen argentino. Inicialmente trabaja con familias de escasos recursos económicos tomando en cuenta el contexto social de cada familia. Cada familia es única no solamente en su contexto, sino también en su manera de comunicarse en sus transacciones. Esta teoría utiliza metáforas y es directiva.

Minuchin define la estructura como las demandas o códigos que organizan la manera en la que los miembros de una familia interactúan. El terapeuta lidera y se enfoca en toda la familia, considera la influencia de los sistemas jerárquicos y analiza el funcionamiento de los subsistemas que conforma la familia.

La terapia estructural de familia se basa en el concepto de que ella va más allá de los aspectos bio-psico-dinámicos de sus miembros. Estos se relacionan con acuerdos, los cuales gobiernan sus transacciones formando una unidad.

Las estructuras de un sistema vivo se conservan en un estado de fluir, en constante cambio y crecimiento tornándolas aptas para alcanzar órdenes nuevos de complejidad y niveles nuevos de organización adaptativa.

La estructura familiar opera con diferentes alineamientos, para resolver las tareas a las que se enfrenta. Constituyendo la unión de dos o más miembros para llevar a cabo una operación. Esto incluye alianza o colusión unión de dos o más personas para lograr una meta o interés común y la coalición proceso de unión en contra de

un tercero, pudiendo esto ser funcionales y disfuncionales según se respeten o no los límites.

FAMILIA DE ORIGEN

Es considerada como una variable determinante en el funcionamiento de la nueva familia que forma el individuo.

Es un concepto teórico y de metodología clínica nacido en el campo científico de la psicoterapia familiar.

Analiza el proceso de la diferenciación del self al mismo tiempo que la fuerza de transmisión multigeneracional que incluye símbolos, creencias y actitudes e intenciones como también mecanismos que son a la vez intrapsíquicos y transpersonales. Define las triangulaciones teniendo como foco principal el estudio de la dialéctica intimidad-autonomía buscando que en los miembros de la familia puedan tolerar a lo largo del curso de la vida la ambivalencia, ley de la existencia y aprender a vivir con ella.

La familia de origen nos ayuda a identificar, clarificar y analizar:

-Conflicto de lealtad

-La fuerza de las misiones intergeneracionales

-La fuerza real de la diferencialización en el orden de identidad de la familia como un sistema dinámico y también a cada uno de los miembros de la familia.

APGAR FAMILIAR

APGAR familiar es un instrumento utilizado para evaluar el funcionamiento de la familia.

Éste ha sido validado en diferentes familias de la comunidad internacional (Norteamericanas, asiáticas e hispanas) y ofrece una correlación alta con pruebas especializadas. Con este instrumento, los miembros de la familia (33)

Pueden evaluar su funcionamiento y manifestar el grado de cumplimiento de sus parámetros básicos.

1. Adaptación.
2. Participación.
3. Ganancia o crecimiento.
4. Afecto.
5. Recursos.

LA Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III)

Basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores.

Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar.

1. Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.
2. Cohesión; grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.
3. Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

El FACES III un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue

traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5. (34)

POBLACION DE ESTUDIO.

Habiendo presentado la problemática identificada, es necesario mencionar condiciones socioculturales de la localidad de Coalcomán de Vázquez Pallares; nombre asignado por decreto constitucional en 1981. Elevado a municipio y cabecera de partido en 1831... Su fauna la conforman el zorrillo, zorro, ocelote, nutria, conejo, gato montés, puma, pato, torcaza, venado cola blanca y paloma. La superficie forestal maderable es ocupada por encino y pino; la no maderable, por arbustos y especies de selva mediana y baja. Existen yacimientos de manganeso, oro, plata, cobre y plomo. Los suelos del municipio de los periodos cenozoico, cuaternario y mesozoico; corresponden principalmente a los del tipo de café grisáceo, café rojizo, amarillo de bosque y pradera de montaña. Su uso es primordialmente ganadero y en menor proporción forestal y agrícola.

Las actividades económicas principales son la Maderera con la susceptibilidad de ser conservadas, Ganadera siendo uno de los principales municipios productores de carne y Minera actualmente está siendo explotada con la extracción de fierro.

Durante la colonia, el lugar fue poblado por los españoles, atraídos por los ricos yacimientos mineros que se encontraban en la región y por la falsa noticia de que sus ríos llevaban metales preciosos. A este lugar se le conoció en la época con el nombre de "motines del oro", debido a que los indígenas se mantenían sublevados contra los españoles en sus montañas y por la riqueza del lugar. Casi al finalizar la

época colonial, a instancias del tribunal de Minería, Don Andrés del Río, estableció en Coalcomán una fábrica de acero.

Ubicación

Coalcomán de Vázquez Pallares, Se localiza al suroeste del Estado de Michoacán de Ocampo, en las coordenadas 18°47' de latitud norte y a los 103°10' de longitud oeste, a una altura de 1,000 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con el Estado de Jalisco y el municipio de Tepalcatepec, al este con Aguililla y Arteaga, al sur con Aquila y al oeste con Chinicuila. Su distancia a la capital del Estado es de 352 km.

Orografía

Por su orografía; Su relieve lo constituye la sierra Madre del Sur; cerros del Tejocote, Cabeza de Vaca, Guzmán y Laurel. Su hidrografía la constituyen los ríos de Coalcomán, Naranjal, Guayabo Sur, Ixtala, Amapila, San Miguel y San José. En el municipio dominan los bosques mixtos, con pino, encino y cedro; tropical deciduo, con parota, ceiba, tepeguaje y zapote. (35)

Población

Para el primero de julio de 2010 la estimación de población según datos del INEGI-CONAPO (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) es la siguiente: Coalcomán de Vázquez Pallares: 18.156 habitantes, 9.350 son mujeres y 8.806 son hombres. Por lo tanto, el 48,50 por ciento de la población son hombres y EL 51,50 mujeres. Ocupa el puesto 54 de los 113 municipios que hay en el estado y representa un 0,4578 % de la población total de éste. (36)

Extensión

Por su extensión; su superficie es de 2,881.57 km² y representa el 4.89 por ciento de la superficie del Estado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una fracción importante del presupuesto destinado al sector salud es absorbida por las ECEA (Enfermedades Crónicas del Adulto) como aterotrombosis, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia renal terminal, insuficiencia cardíaca, ceguera, amputaciones, trastornos neuropsiquiátricos degenerativos, enfermedad pulmonar, enfermedad vascular cerebral, entre otros. Siendo además, las principales generadoras de incapacidad e invalidez, afectando tanto al grupo poblacional económicamente activo como al grupo de la tercera edad. El costo de su atención es multimillonario, y en general al tratarse de padecimientos no curables, sino únicamente controlables, requerirán generalmente de atención médica y tratamiento farmacológico de por vida. Así, siendo las enfermedades cardiovasculares, la principal causa de muerte en la población adulta de nuestro país, se hace imperativo intensificar la participación de todos los organismos involucrados en el sector salud.

En Michoacán se tienen registrados a mayo del 2013 dos mil 604 pacientes hipertensos tratados en unidades de primer nivel. En la localidad de Coalcomán de Vázquez Pallares encontramos, un porcentaje alto de personas que no realizan actividad física y cursan con diferentes grados de obesidad, siendo éstos factores de riesgo invariables para la presentación de enfermedades crónicas o bien complicaciones relacionadas a las mismas entre ellas contando en la UMF 40 con 280 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con población derechohabiente de 3214 habitantes. A nivel delegacional representa el 18 por ciento del total de la población derechohabiente, en comunidad derechohabiente en estudio, se tienen identificados 280 pacientes hipertensos, representando el 9.3% de la población total derechohabiente en la UMF 40. El presente estudio de investigación pretende determinar si la Disfunción Familiar produce elevación de las cifras de control de la Presión Arterial en pacientes Hipertensos.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el efecto de la disfunción familiar en el descontrol de la hipertensión arterial en pacientes adscritos a U.M.F. 40?

JUSTIFICACION

El presente estudio surge ante la necesidad de conocer la funcionalidad familiar de los enfermos portadores de hipertensión arterial sistémica descontrolada ya que es el principal motivo de consulta en la UMF 40. Es importante identificar la presencia de disfunción familiar mostrada por el enfermo y por algún miembro de la familia para incidir en el manejo integral y la prevención de complicaciones causadas por el descontrol de la enfermedad.

Se puede afirmar que la prevalencia de todas las ECEA, denotan un crecimiento porcentual importante, sobre todo cuando se comparan con las informadas en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónica (ENEC) de 1993. Una grave consecuencia de este aumento en la prevalencia de ECEA, es el incremento exponencial en la tasa de sus complicaciones, ocupando ya en la República Mexicana, la primera causa de morbilidad y mortalidad del adulto entre 20 y 69 años.

Por lo anterior el diagnóstico de salud familiar, por medio de la evaluación de funciones familiares, permite dar la orientación para conservar la integridad familiar, con el fin de mantener en lo posible, el núcleo familiar en una entidad biológica y psico-afectiva, para generar acciones que permitan una mejor calidad de vida y un mejor control del paciente enfermo.

Cabe agregar, que la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, en alguno de los miembros de la familia, puede presentar un serio problema, tanto en su funcionamiento, como en su composición, considerando a la enfermedad como una crisis, dada la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar y que se traduce e impacta, en cada uno de sus miembros.

Los resultados del mismo se utilizarán en cada paciente hipertenso como una valiosa herramienta para su mejor control, considerando agregar a todos los pacientes crónicos degenerativos adscritos a la UMF No. 40.

HIPOTESIS

H1: La Disfunción Familiar condiciona el descontrol de la hipertensión arterial.

H0: La Hipertensión Arterial descontrolada es menos frecuente en familias funcionales...

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el control y descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica en familias funcionales y disfuncionales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el efecto de la disfunción familiar en el descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica.
- Identificar al paciente Hipertenso y su estructura familiar.
- Determinar el género más afectado en el descontrol de la hipertensión arterial.
- Identificar el disfuncionamiento familiar

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Prospectivo, Comparativo, Longitudinal, Observacional.

Previo al inicio del estudio se hizo una explicación detallada a cada paciente sobre los beneficios y las características de cada grupo de pacientes, esto para determinar los 2 grupos de estudio.

Grupo 1: 30 Paciente con hipertensión arterial controlada

Grupo 2: 30 paciente con hipertensión arterial descontrolada

A ambos grupos de les aplico por medio de un colaborador y por el investigador las encuestas elaboradas previamente con la frecuencia a seguir: al inicio del estudio, a los 30 días, a los 60 a los 90 días y a los 120 días, tanto para corroborar la disminución en las cifras de presión arterial o aumento desmedido de éstas. Se realizó valoración médica mensual.

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo, observacional, comparativo, incluyendo pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acudieron a consulta a UMF 40 y que aceptaron ser parte y firmaron consentimiento informado (anexo 1), con cifras de presión arterial consideradas de control y descontrol durante el período de estudio comprendido entre noviembre 2014 y abril 2015, a los cuales se les aplicó cuatro instrumentos de evaluación y dos encuestas para la complementación de datos, uno para la identificación del paciente incluyendo datos sociales (anexo7), cuadro elaborado por el investigador para la clasificación del control de la Hipertensión arterial sistémica. El paciente en estudio será clasificado en:

- Controlado: Si las cifras de tensión arterial se mantuvieron inferiores a 140/90 en el transcurso de seis meses, al menos en cuatro ocasiones durante ese período, tomando en cuenta tres cifras previas registradas en expediente clínico electrónico y la actual del día de inicio de aplicación de encuestas.

- Paciente descontrolado: Si durante el año, en al menos del 60 % de las tomas de presión arterial, las cifras fueron superiores a 130/89 Mm/Hg. Estadificando I y II (Anexo 2)

En cada uno de los sujetos de estudio se les informara de esta investigación y de aceptar participar en ella se aplicarán instrumentos de evaluación, uno de ellos el Apgar familiar (AF) de Gabriel Smilkstein y la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III) de David H. Olson. Posteriormente se practicará el instrumento de evaluación elaborado por el investigador que consta de una serie de ítems donde se les solicita información referente a datos generales, aspectos sociodemográficos e información relacionada con el estudio.

La toma de presión arterial se realizará conforme a la técnica sugerida por el JNC VII que consiste sentar al paciente en una silla con respaldo y colocar el miembro torácico a evaluar sobre el posa brazo correspondiente, en posición sentado, acostado y nuevamente sentado, ambos brazos con esfigmomanómetro marca Welch Allyn calibrado, con manguito adecuado para cada individuo y con las condiciones óptimas sugeridas por el JNC VII y la NOM de hipertensión se tomarán las cifras de presión arterial sistémica a los 0 días 30, 60, 90 y a los 120 días. Los datos se concentrarán en un documento electrónico de Excel previamente elaborado por el investigador. El tamaño de la muestra se calculara en base a la población adscrita del investigador y determinada por la formula. El peso se toma en base a técnica normada que se caracteriza sin calzado y sin peso excesivo.

El primer instrumento de evaluación es el APGAR familiar (Anexo 3), un instrumento utilizado para evaluar el funcionamiento de la familia y con este instrumento, los miembros de la familia pueden evaluar su funcionamiento y manifestar el grado de cumplimiento de sus parámetros básicos.

1. Adaptación. 2. Participación. 3. Ganancia o crecimiento. 4. Afecto. 5. Recursos.

La ponderación del instrumento en escala de 0, 1 y 2, nos da los siguientes resultados:

Familias altamente funcionales 7 a 10 puntos.

Familias moderadamente funcionales de 4 a 6 puntos.

Familias severamente disfuncionales de 0 a 3 puntos.

El segundo es la segunda de ellas es la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III) (anexo5), un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5.

El tercer instrumento de evaluación es El apoyo familiar (Anexo 3) se clasificó en:

Bueno: Si algún miembro de la familia brinda ayuda al enfermo en cuatro o más de los siguientes aspectos:

1. Exigirle que cumpla el tratamiento.
2. Acompañarlo a la consulta.
3. Exigirle que cumpla la dieta.
4. Dejar de fumar, si fuma.
5. No ingerir en exceso bebidas alcohólicas.
6. Realizar ejercicios físicos.

0: Si brinda ayuda al enfermo en tres aspectos de los anteriormente señalados.

1: Si no brinda ayuda o lo hace en menos de tres aspectos.

La interrelación médico-familia es el cuarto instrumento de evaluación, (Anexo 3) se clasificó en:

0: Si el equipo de salud usa técnicas de comunicación con los familiares.

- El médico y la enfermera le explican a la familia aspectos relacionados con la enfermedad.

- El equipo de salud cumple el plan de visitas programadas en más del 95%.

1: Si cumple dos aspectos solamente.

2: Si cumple con uno o no realiza ningún aspecto.

Necesidades cognoscitivas de la familia.

Se operacionalizó en 0 o 1.

0: Si tiene información sobre:

- Dieta adecuada, daños que produce la ingestión de alcohol y el hábito de fumar,

Importancia del tratamiento, del ejercicio físico, de la asistencia a consulta, así como las complicaciones de la enfermedad.

1: Si tiene información sólo de tres o menos de los aspectos anteriormente señalados.

UNIVERSO DE TRABAJO

La muestra es a conveniencia del investigador a realizarse a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial adscritos a la unidad de medicina familiar 40 que acudan a control mensual.

Se incluirán 60 pacientes adultos a partir de los 30 años de edad portadores de hipertensión arterial sistémica con tratamiento farmacológico integrando dos grupos, tomando en cuenta cifras de control para grupo I y cifras de descontrol para grupo II.

Se integrara a los pacientes en dos grupos de manera aleatoria, cada uno con 30 participantes, los primeros 30 pacientes con cifras de control para grupo I, los primeros 30 pacientes con cifras de descontrol para grupo II, las cifras para la clasificación será de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana y el séptimo informe sobre HTAS JNC 2003.

Grupo I: 30 pacientes con cifras de tensión arterial controlada.

Grupo II: 30 pacientes con cifras de tensión arterial descontrolada.

Las técnicas de recolección de la información serán: la observación documental, entrevistas al equipo de salud y a un familiar allegado del paciente que fuera conviviente con él.

El estudio se realizará en pacientes adscritos a la U.M.F. No 40. Se incluirán los pacientes que acudan a consulta externa de Medicina Familiar, con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Derechohabientes que acepten participar en el estudio
- Pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica controlada.
- Paciente con Hipertensión Arterial Sistémica descontrolada.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no acepten participar en el estudio
- Pacientes con datos incompletos.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

Pacientes portadores de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica enfermedad que altere el curso de la HTAS.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que no deseen continuar en el estudio.
- Pacientes que no contesten los instrumentos de evaluación.

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

Variable dependiente

Hipertensión Arterial Sistémica: Es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras mayores a 139/89 mm/Hg. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.

Variables Independientes

Funcionalidad Familiar: Es la capacidad de la familia como sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Dinámica Familiar: Se define como la fuerza de trabajo de una familia. Es la manera en que una familia vive e interactúa, las relaciones entre todos sus integrantes. Estas relaciones son cambiantes y están sujetas a diversas influencias, las cuales pueden ser internas y/o externas. Las influencias internas están dadas por cada uno de los integrantes que conforman la familia nuclear. Las influencias externas las generan otros familiares que pueden tener influencias, así como otros factores: económicos, políticos, la sociedad, la cultura, etc.

Interrelación Médico – Familia: Relaciones que existen entre los integrantes de una familia.

Estructura familiar: Serie de fenómenos que influyen en el desarrollo infantil, en las relaciones familiares, en la satisfacción conyugal y en el funcionamiento familiar.

Necesidades cognoscitivas de la familia

Peso: Medida de la fuerza que ejerce la gravedad sobre un cuerpo determinado.

Talla: Medida que depende la población y sexo, así como de la genética y del estado nutricional.

Índice de Masa Corporal: Medida de asociación entre la masa y peso de un individuo. Ideada por el estadista belgo Adolphe Quetelet.

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Sexo: Condición por la que se diferencian los machos y las hembras se diferencian.

Escolaridad: Tiempo en que se asiste a centro de enseñanza.

Estado Civil: Situación determinada por relaciones de familia que establece ciertos derechos y obligaciones.

Dieta: Conjunto de sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos.

Ejercicio: Conjunto de movimientos corporales que se realizan con el objetivo de mejorar la condición física.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDICION
Presión Arterial	Es la presión que ejerce la sangre al paso por las arterias en cada ciclo cardíaco.	Mediante la toma con esfigmomanómetro	Dependiente	Numérica
Funcionalidad Familiar	Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas de ciclo vital y las crisis por las que atraviesa	Mediante instrumento de evaluación Apgar familiar	Independiente	Catagórica
Dinámica familiar	Manera en la que una familia vive e interactúa. Las relaciones entre todos	Mediante el instrumento de evaluación Faces III	Independiente	Catagórica

	sus integrantes			
Interrelación Médico-Familia	Relaciones que existen entre los integrantes de una familia.	Herramienta más importante para un tratamiento exitoso.	Independiente	Categórica
Estructura Familiar	Serie de fenómenos que influyen en el desarrollo infantil, satisfacción conyugal, funcionamiento familiar,	Nominal	Independiente	Categórica
Necesidades cognitivas de la familia	Elementos que forman parte de la interacción para formar parte de un grupo social.	Nominal	Independiente	Categórica
Peso	Medida de la fuerza que ejerce la gravedad	Medición mediante balanza en kilogramos	Independiente	Numérica

	sobre un cuerpo determinado.			
Talla	Medida dependiente de población, sexo, genética y estado nutricional	Medición mediante estadímetro en metros	Independiente	Numérica
IMC	Medida asociada a peso y talla	Resultado de ecuación entre peso y talla	Independiente	Numérica
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Mediante el interrogatorio dirigido a la población derechohabiente	Independiente	Numérica
Sexo	Condición por la que se diferencian los machos y las hembras se diferencian	dirigido a la población derechohabiente	Independiente	Categórica
Independiente Escolaridad	Nivel de estudio adquirido	Mediante el interrogatorio dirigido	Independiente	En grado escolar
Estado civil	Situación establecida por	Mediante el interrogatorio dirigido	Independiente	Soltería Matrimonio Viudez

	relaciones de familia que establece derechos y obligaciones.			Unión libre
Dieta	Conjunto de sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos	Mediante el interrogatorio dirigido	Independiente	Categoría
Ejercicio	Conjunto de movimientos corporales que se realizan con el objetivo de mejorar la condición física	Mediante el interrogatorio dirigido	Independiente	En días

Método o procedimiento para captar la información:

Se aplicó una encuesta descriptiva, prospectiva, longitudinal, durante el periodo comprendido del mes de noviembre del 2014 al mes de abril del 2015 a pacientes adscritos a la U.M.F. 40 que acudieron a la consulta de medicina familiar.

El grupo de población en estudio se incluyó a pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que aceptaron formar parte de la investigación bajo consentimiento informado.

La familia se clasificó de acuerdo con el Consenso Académico de Medicina Familiar de Organismo e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMF). En base al Parentesco: Nuclear Hombre y mujer sin hijos, Nuclear simple Padre y madre con 1 a 3 hijos, Nuclear numerosa Padre y madre con 4 hijos o más, Reconstruida (binuclear) Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior, Monoparental Padre o madre con hijos, Monoparental extendida Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco, Monoparental extendida compuesta Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco, Extensa Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco, Extensa compuesta Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco, No parental Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).

Sin parentesco: Monoparental extendida sin parentesco, Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco, Grupos similares a familias Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares.

Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera.

Para buscar si existe disfunción familiar cuando se presenta descontrol en las cifras de la presión arterial en pacientes portadores de Hipertensión Arterial, se aplicó riesgo relativo ya que estas son escalas nominales. Para establecer

diferencia entre pacientes con Hipertensión Arterial y la funcionalidad familiar se utilizó chi cuadrada para comparación de grupos independientes.

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Se considera un estudio factible y económico por la existencia de recursos humanos dentro de la unidad. Espacio físico utilizado será consulta externa, consultorio de Medicina Preventiva, consultorio de Medicina Familiar de la UMF 40 la dotación de Hojas, lápices, fotocopias, serán financiados por el médico investigador.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, anotadas como medias y desviación estándar en variables con distribución normal y medianas en variables que mostraron ser libres de distribución. Se compararon las cifras de tensión arterial obtenidas en pacientes que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar. El procesamiento estadístico de los datos se elaboró en base de datos y posteriormente se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS ver 21.0). Se procedió a efectuar Análisis de fiabilidad mediante el Alpha de Cronbach y se reconfirmó con Spearman-Brown (método de mitades) la simetría y validez de ambos instrumentos empleados.

Para la asociación de variables se efectuó con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras significativas estadísticamente fueron el resultado de la asociación a un P -valor <0.05

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud. En materia de investigación para la salud (1984) con la última reforma publicada el 18-12-2007 el presente estudio se apega a lo que establece el:

Título 1º Artículo 2º, apartado VI:

El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 3º En los términos de esta ley en materia de salubridad general:
Apartado VII:

La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

Por qué de alguna manera se está supervisando el ejercicio profesional del médico familiar, sobre un estado de salud específico.

Se apega a lo que establece el:

TITULO QUINTO CAPITULO ÚNICO

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

El presente estudio se apega a las normas éticas contempladas en la ley general de salud en materia de investigación médica mundial, reunida en Helsinki (1975) y enmendado en Hong Kong en 1989 por la misma asamblea y modificada en Edimburgo en el año 2000.

en el cual el principio básico es el respeto por el individuo (artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (artículos 21, 22 y 23) incluyendo la participación en la investigación tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario y mientras exista la necesidad de una investigación el bienestar del

sujeto debe ser precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones.

En investigación médica en seres humanos la preocupación por el bienestar debe prevalecer sobre los beneficios de la ciencia y de la sociedad.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a aquéllos sometidos a investigación médica combinada con su atención médica.

Para lo anterior se otorgó consentimiento informado a los pacientes participantes.

RESULTADOS

Incluidos en la investigación 60 pacientes divididos en dos grupos, cada grupo fue definido de acuerdo a las cifras de presión arterial capturada en la primera toma, siguiendo las cifras especificadas siguientes

	Mm/Hg	PAS-PAD
Normal	Menos de 120	Menos de 90
Pre hipertensión	120-139	80-89
HTAS: Estadio 1	140-159	90-99
HTAS: Estadio 2	Más de 160	Más de 100

PAS: Presión Arterial Sistólica

PAD: Presión Arterial Diastólica

Mm/Hg: Milímetros de mercurio

Grupo I: 30 Paciente con hipertensión arterial controlada

Grupo 2: 30 paciente con hipertensión arterial descontrolada

A ambos grupos se les aplico por medio de un colaborador y por el investigador las encuestas elaboradas previamente con la frecuencia a seguir: al inicio del estudio, a los 30 días, a los 60 a los 90 días y a los 120 días, tanto para corroborar la disminución en las cifras de presión arterial o aumento desmedido de éstas.

Una vez determinados los 2 grupos, se aplicó por medio de un colaborador y por el investigador las encuestas elaboradas previamente con la frecuencia a seguir: al inicio del estudio, a los 30 días, a los 60 a los 90 días y a los 120 días.

Se encontró disminución en las cifras de presión arterial, representando el 18 % o aumento importante de éstas, siendo mayor el porcentaje 35% en relación con mayor disfunción familiar.

El rango de edad variaron fue de 39 a 94 años, con una media de 66.5 años.

Tabla 1.- Edad promedio de los pacientes con hipertensión Arterial estudiados.

Estadísticos

Estadísticos

N	válidos	60
	perdidos	0
Media		66.5
Mediana		67
Desv tip.		1.23
Curtosis		-0.7
Error tip de curtosis		0.468

Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

Se incluyeron 60 pacientes, 45 sexo femenino y 25 sexo masculino.

Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

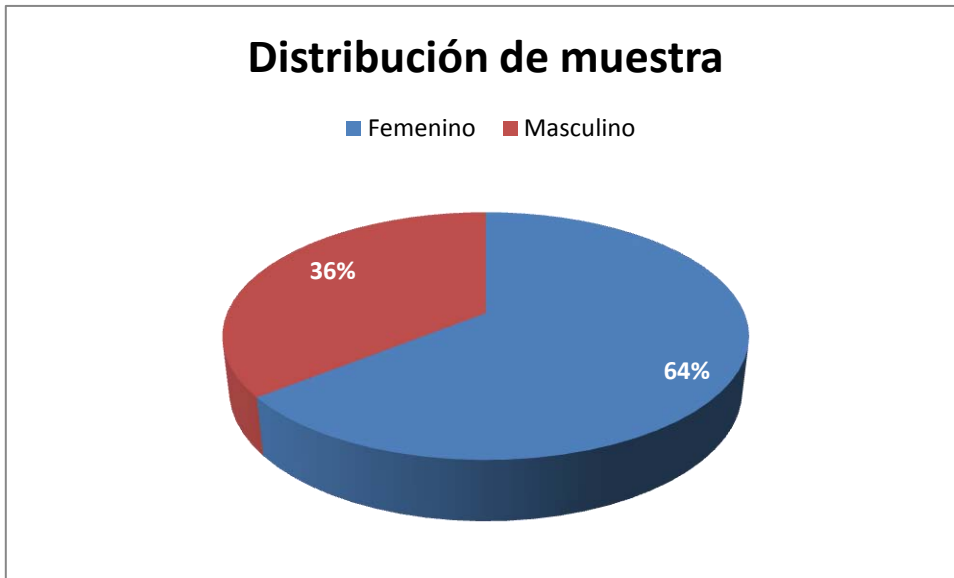


Gráfico 1. Pacientes estudiados con Hipertensión Arterial sistémica por género

Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

La asociación del grado escolar de los pacientes del grupo 1 y grupo 2, con mayor porcentaje (16.7) en el grupo de descontrolados con menor grado de escolaridad en comparación con el grupo de controlados ya que se presentó el 13.3%, con primaria y secundaria.

El nivel de licenciatura hubo diferencia entre los dos grupos ya que el grupo 1 el porcentaje fue de 11.7% y en el grupo 2 el 1.7%, con una $p < 0.05$.

A menor escolaridad, menor control.

	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERATO	LICENCIATURA
GPO I	4	8	8	3	7
GPO II	10	10	8	1	1

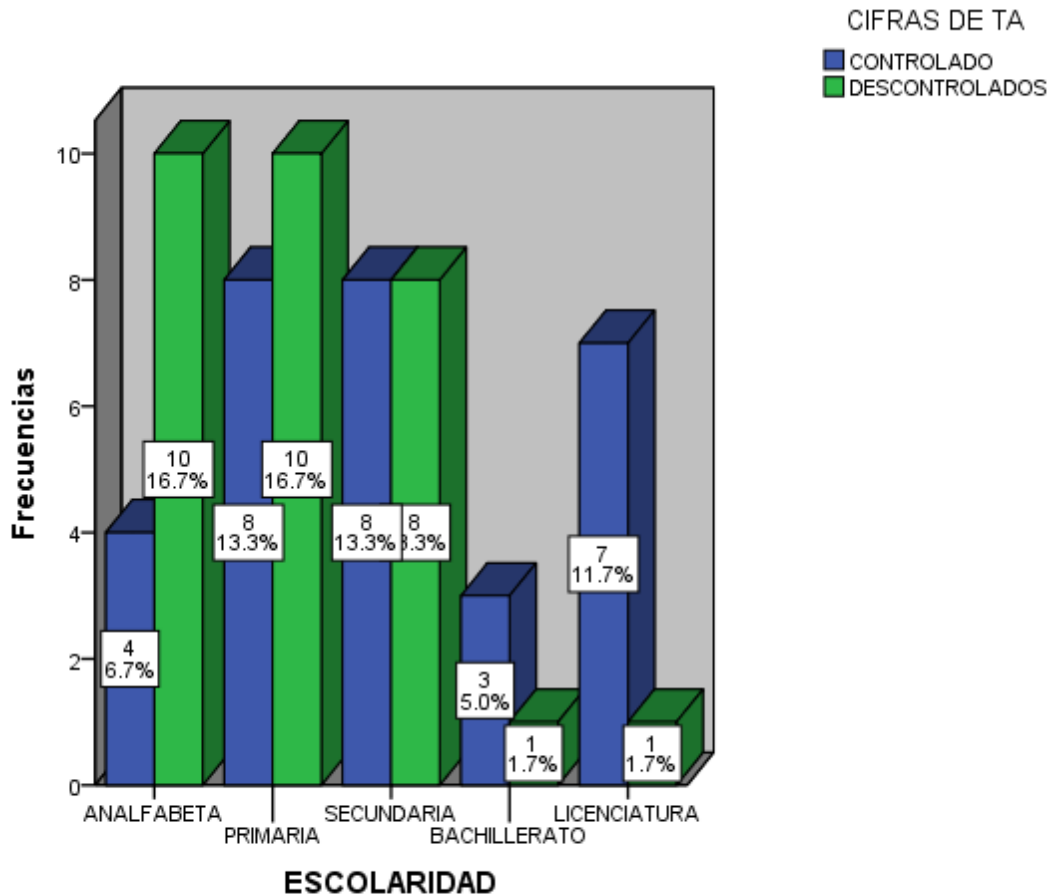
GPO I Controlado

GPO II Descontrolado

Número de casos.

Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

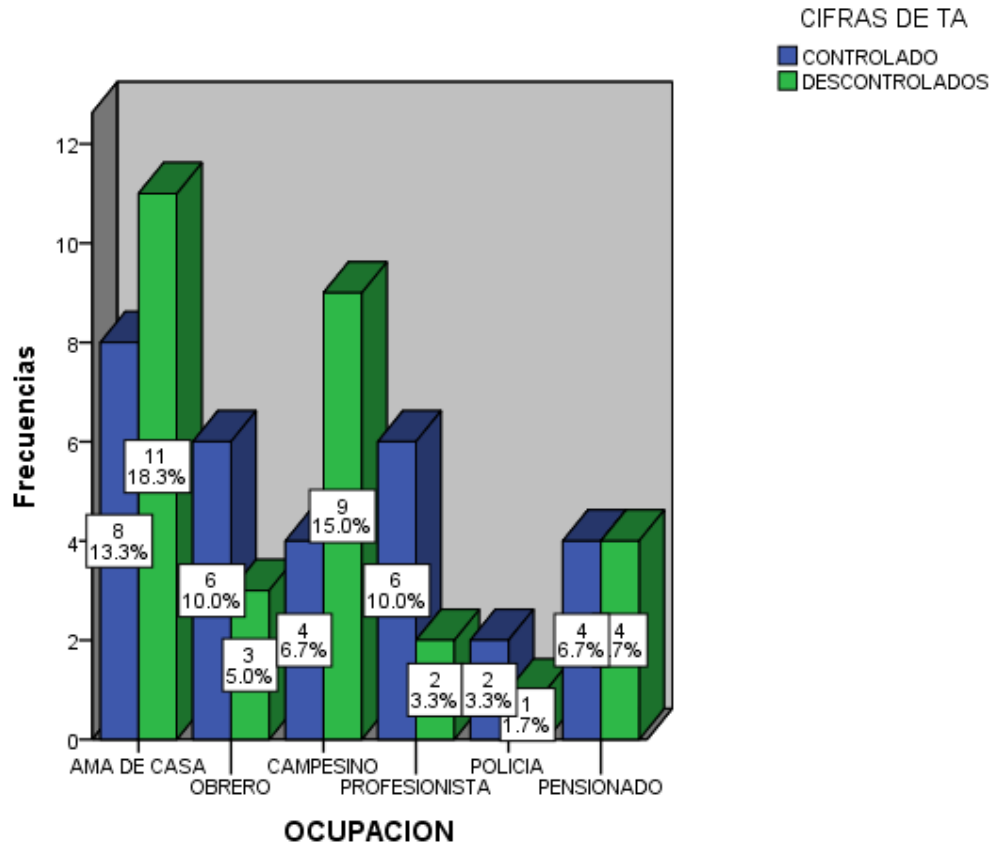
Gráfica 2 . Grado de escolaridad en ambos grupos de estudio.



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

La ocupación de los pacientes de ambos grupos de estudio sin diferencia significativa.

La paciente incluida dedicada al hogar fue mayor en el grupo 2 y los campesinos con mayor porcentaje en ambos grupos, en relación a otras ocupaciones.



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

El estado civil de los pacientes de ambos grupos de estudio sin diferencia significativa.

La relación de la dieta con las cifras de hipertensión arterial, se encontró diferencia significativa en las cifras de Hipertensión Arterial, y el cumplimiento de la dieta recomendada en el grupo 1.

DIETA

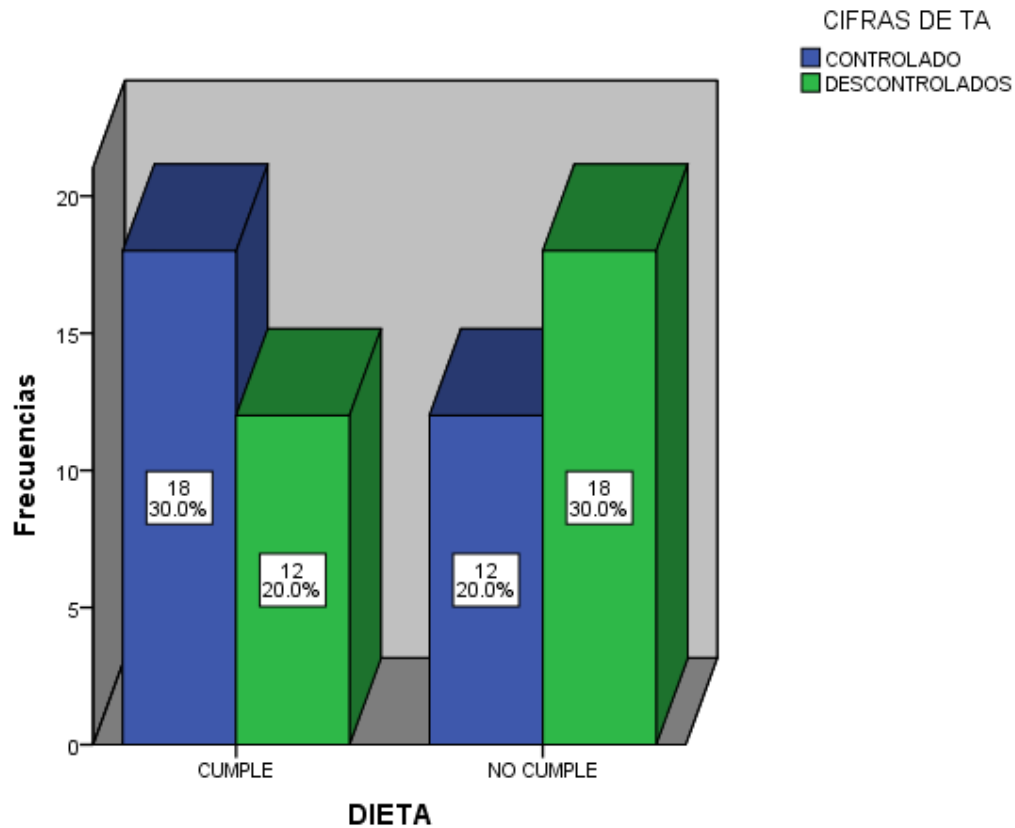
	CUMPLE	NO CUMPLE
GPO I	6	16
GPO II	7	17

GPO I CONTROLADOS

GPO II DESCONTROLADOS

Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

Gráfica 5.- Relación con dieta y control y descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica.



Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

La disfunción familiar severa en el 21.7% en el grupo 2 en comparación con el 6% en el grupo 1, con una diferencia significativa.

La función familiar moderada con 23% en el grupo 2, y en el grupo 1, con 6.7%, con diferencia significativa.

Las familias altamente con 36.7% en el grupo 1 y para el grupo 2, el 5%, para una diferencia significativa.

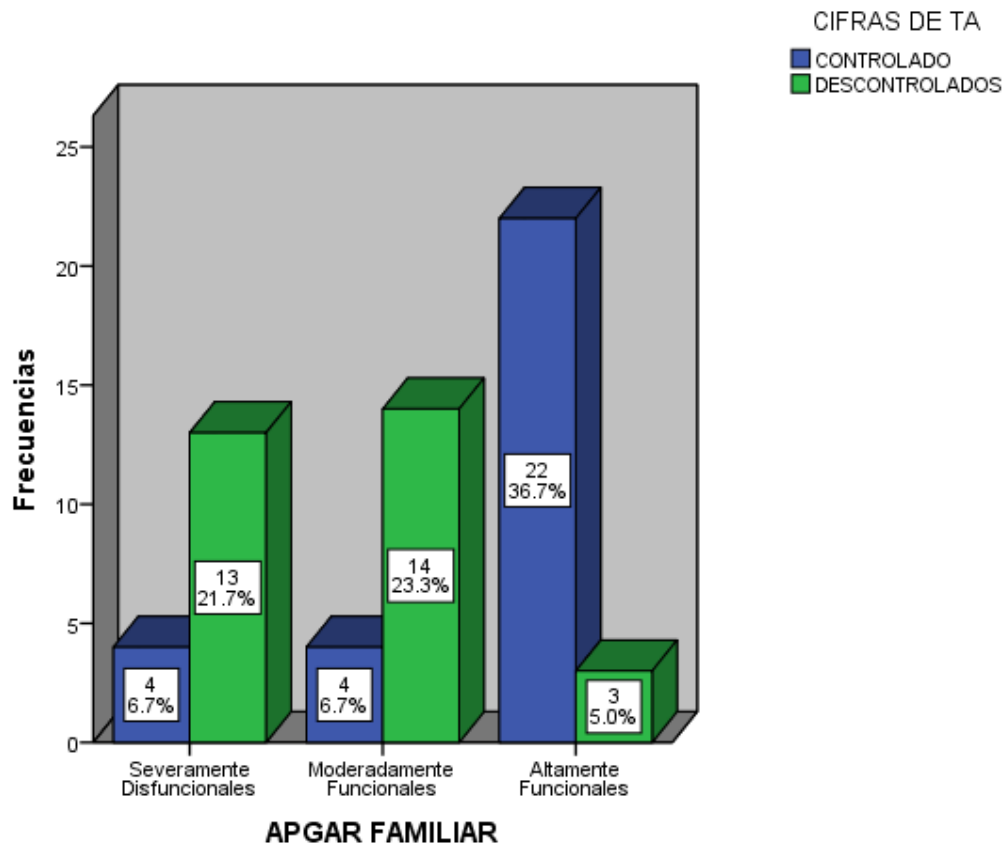
APGAR FAMILIAR

	SEVERAMENTE DISFUNCIONALES	MODERADAMENTE DISFUNCIONALES	ALTAMENTE DISFUNCIONALES
GPO I	4	4	22
GPO II	13	14	3

GPO I	CONTROLADOS	Número de casos
GPO II	DESCONTROLADOS	

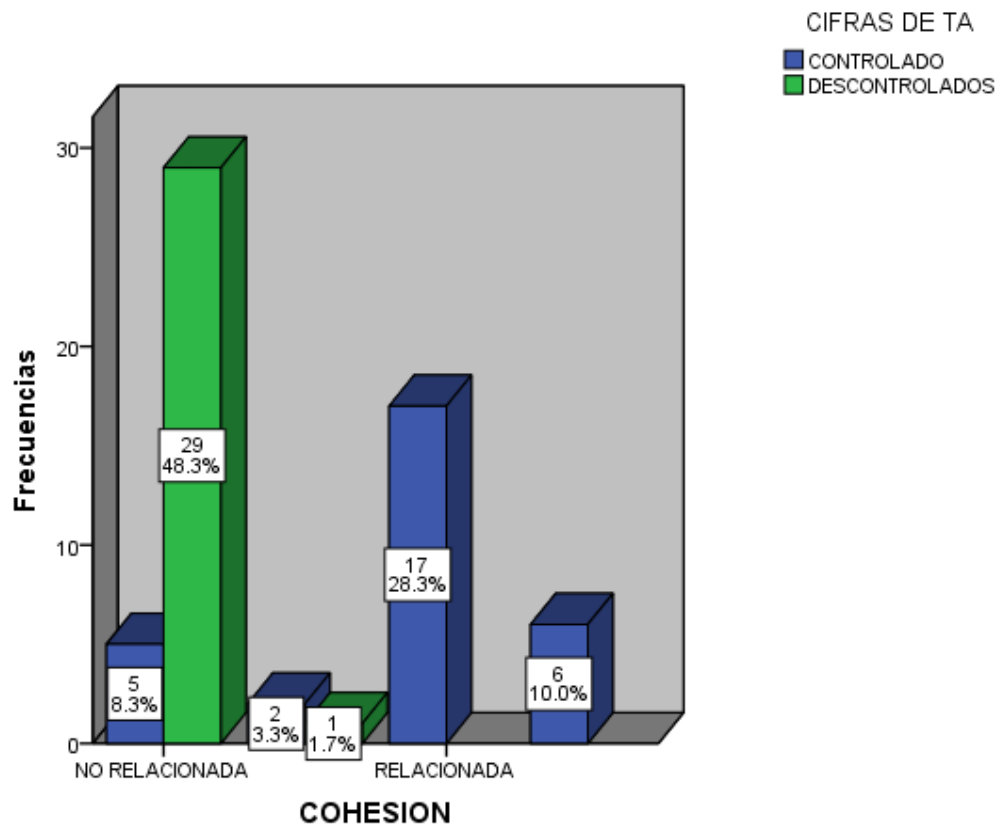
Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

Gráfica 6. Funcionalidad familiar y su relación con el grupo 1 y grupo 2.



Las cifras de presión arterial y la cohesión, con mayor control en el rubro de la familia relacionada 28.3% y en las familias no relacionadas de observa un alto porcentaje de descontrol en las cifras de presión arterial con 48.3%.

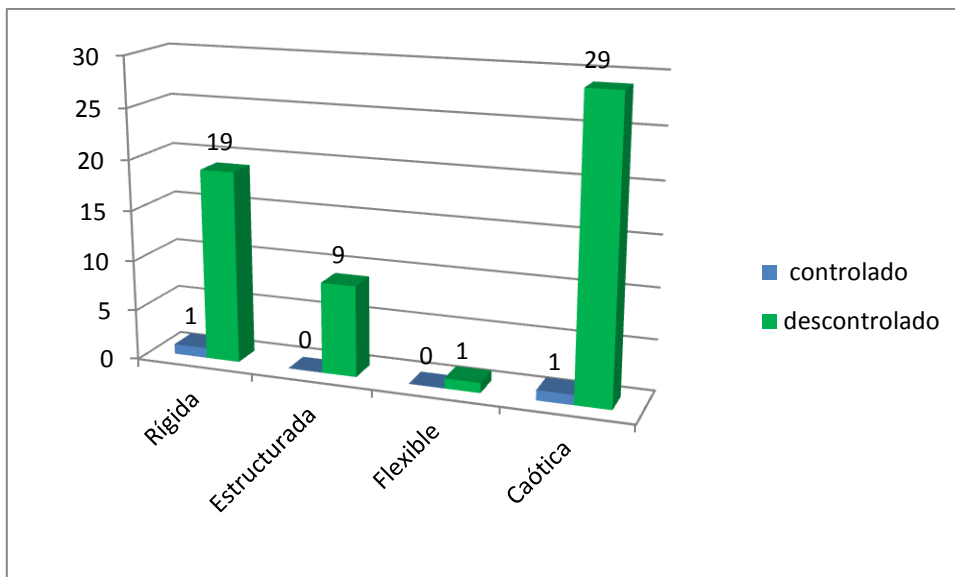
Grafica 7.- Relacion de la Cohesion familiar y lambos grupos.



Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

El control de la Presión Arterial Sistémica en los rubros de la adaptabilidad, destacando en la familia rígida y en la familia estructurada, con predominio del descontrol con un porcentaje de 48.3% en el rubro de familia caótica.

Grafica 8.- Relación de la Adaptabilidad y la dinámica familiar.



Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

La actividad física, fue destacado los mayores casos de control en relación con la mayor cantidad de días realizado y viceversa mientras menos días de actividad realizada menor control. Con porcentaje de 21.7%, en el grupo 1, mientras que en el grupo 2, con el 28.3% en el grupo que no realiza ejercicio.

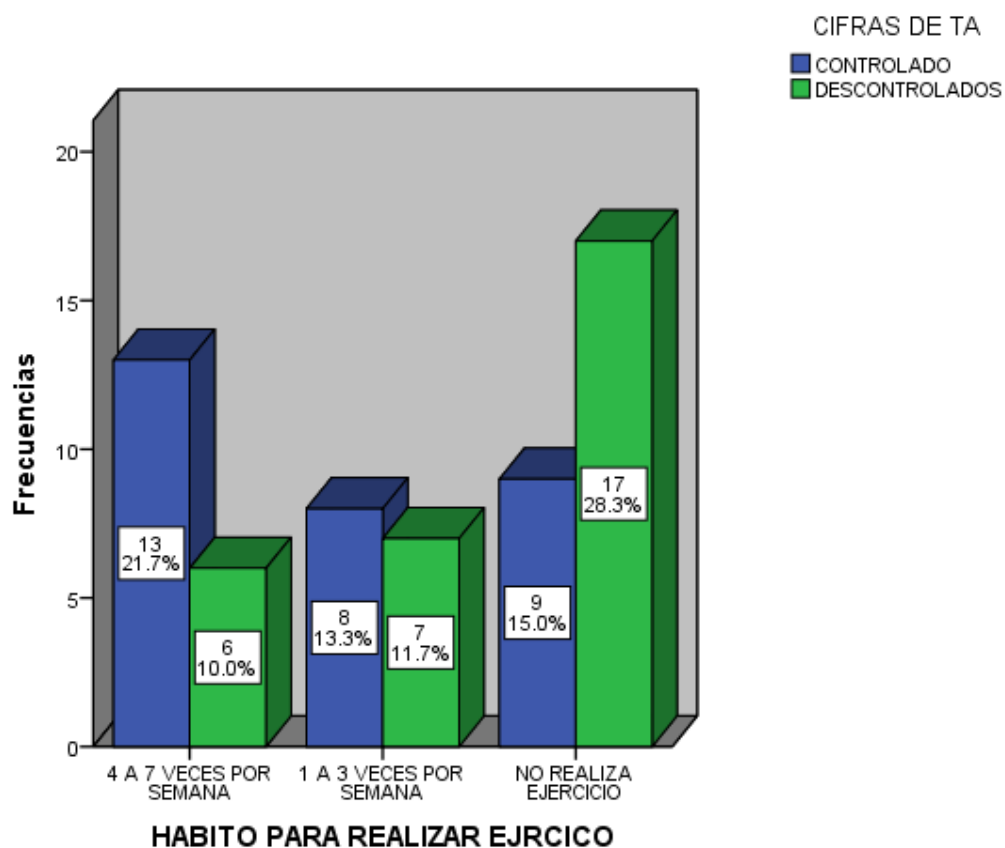
ACTIVIDAD FISICA

	4 a 7 VECES POR SEMANA	1 A 3 VECES POR SEMANA
GPO I	13	8
GPO II	6	7

GPO I	CONTROLADOS
GPO II	DESCONTROLADOS

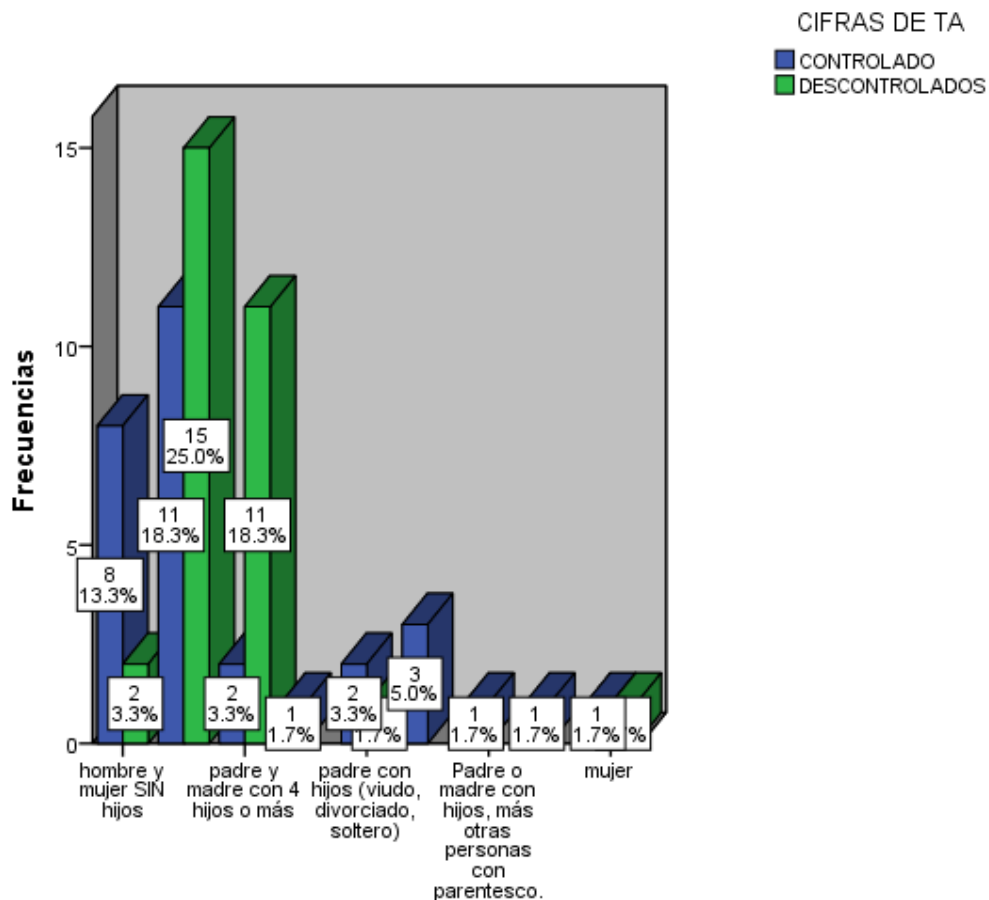
Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

Gráfica 9. Relación de actividad física en pacientes del grupo 1 y grupo 2



En esta relación destaca un mayor control en el rubro de hombre y mujer sin hijos y una marcada diferencia entre los dos grupos en el rubro de madre y padre con más de 4 hijos, concluyendo que en estos pacientes a mayor número de hijos mayor descontrol.

Gráfica 10. Relación del tipo de familia en ambos grupos.



Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

El apoyo familiar y el control de la hipertensión con 31.7% en familias donde un miembro brinda apoyo necesario, en el rubro con familias donde no se brinda apoyo se observa un porcentaje de 28.3 en el grupo 2.

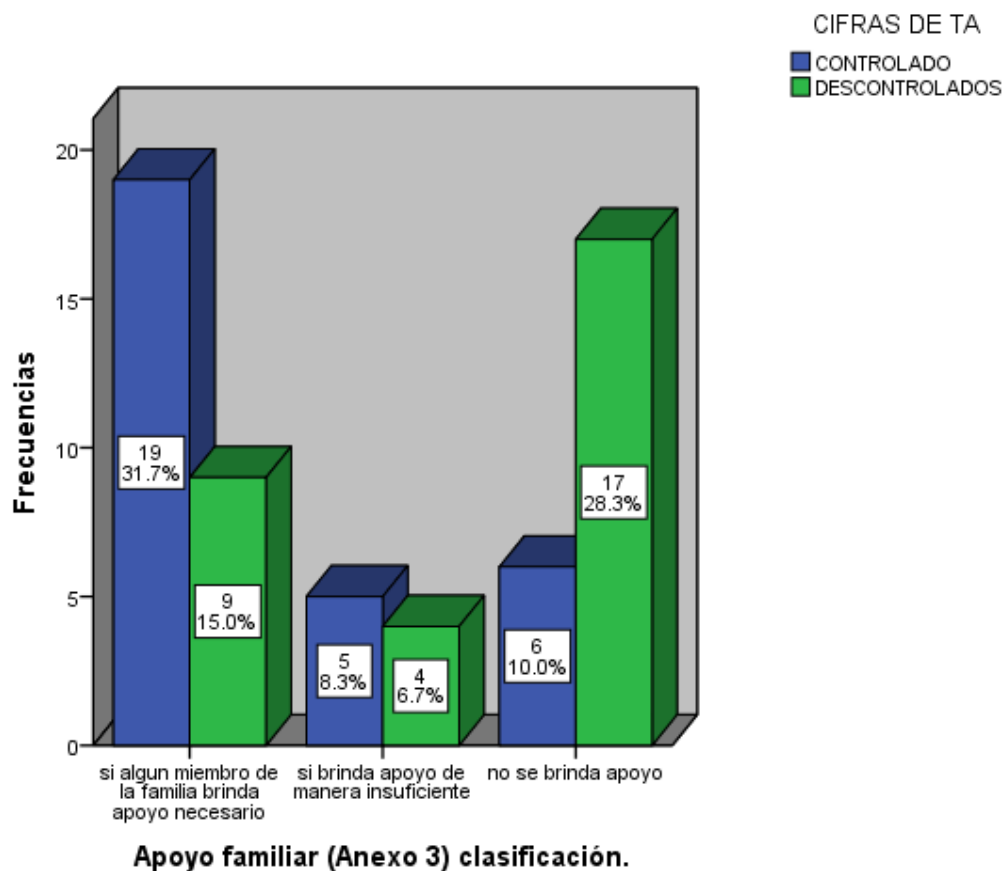
APOYO FAMILIAR

	SI ALGUN MIEMBRO BRINDA APOYO	APOYO DE MANERA INSUFICIENTE	NO SE BRINDA APOYO
GPO I	19	5	6
GPO II	9	4	17

GPO I	CONTROLADOS
GPO II	DESCONTROLADOS

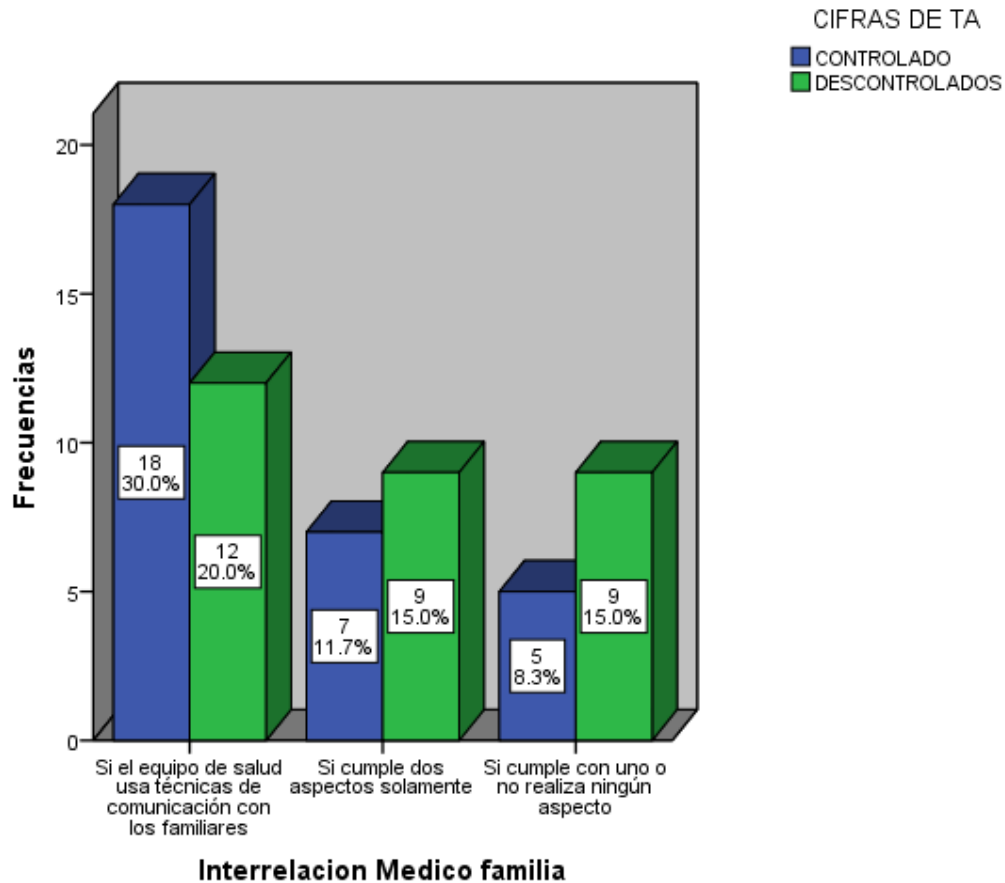
Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

Gráfica 11. Relación entre cifras de presión arterial sistémica y el apoyo familiar.



Fuente: Encuesta realizada por el investigador y colaborador.

Gráfica 12. Relación con las cifras de la presión arterial sistémica y la interrelación Médico Familia.



Las necesidades cognitivas de la familia relacionadas con dieta adecuada, daños que producen la ingestión de alcohol y el hábito de fumar, Importancia del tratamiento, del ejercicio físico, de la asistencia a consulta, así como las complicaciones de la enfermedad. Aportando los siguientes datos, fue mayor el porcentaje en el grupo I, con cifras de presión arterial en rangos de control con 38.3% si tiene información sobre el tema a tratar y el grupo II catalogado con cifras

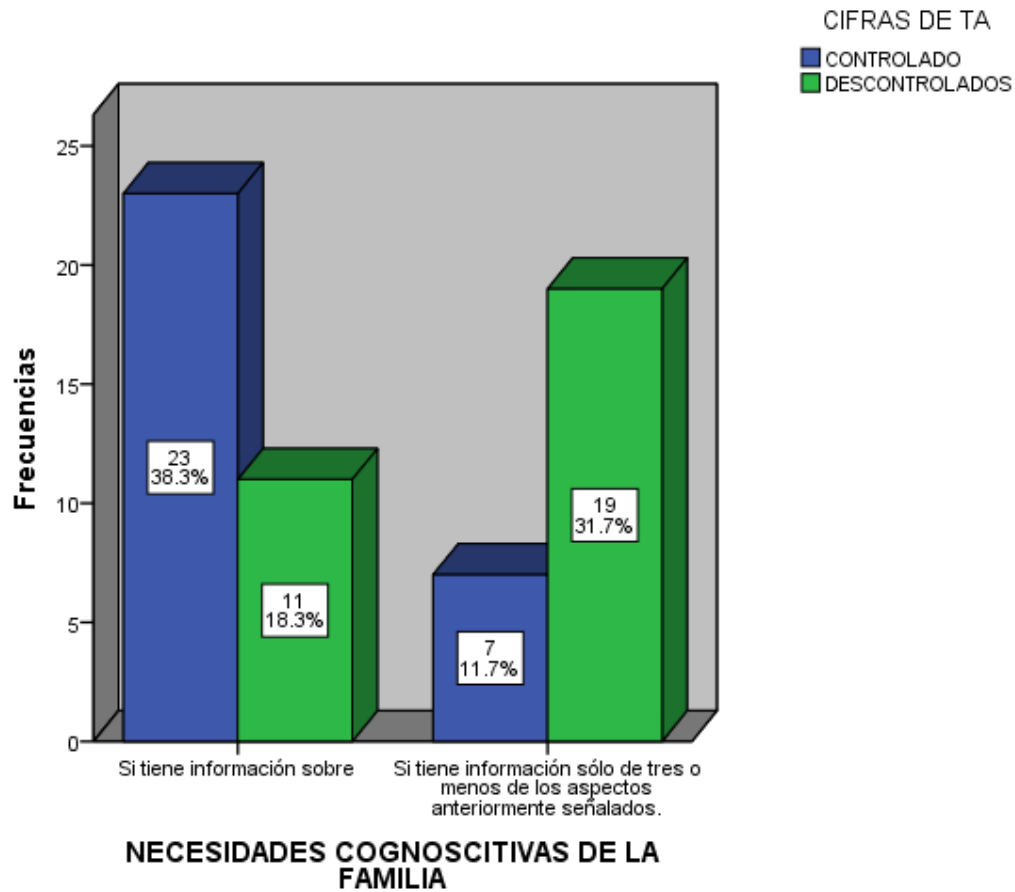
de descontrol se destaca su mayoría de porcentaje donde corresponda a la limitante de información sobre lo antes especificado, siendo este el 31.7% cuando el paciente tiene información sólo de tres o menos de los aspectos especificados en los anexos.

	GPO I CONTROLADO	GPO II DESCONTROLADO	TOTAL
INFORMACION INCOMPLETA	11.70%	18.30%	30%
SI TIENE INFORMACION SOBRE	38.30%	31.70%	70%

Cuadro NECESIDADES COGNOSCITIVAS DE LA FAMILIA

Fuente: Encuesta para obtener los datos de ambos grupos

Gráfica 13. Relación entre Grupo 1 y 2 con las necesidades cognitivas de la familia.



A continuación se presentan las tablas comparativas entre las diferentes variables independientes y las cifras de presión arterial.

VARIABLE	Cifras TA		Ch ²	Sig.
	Controlados N = 30 F (%)	Descontrolados N = 30 F (%)		
APGAR Familiar			24.760	.000*

Severamente Disfuncionales	4(6.7)	13(21.7)		
Moderadamente Funcionales	4(6.7)	14(23.3)		
Altamente Funcionales	22(36.7)	3(5.0)		

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

TABLA No. I. Variables Socio demográficas por grupo

VARIABLE	Cifras TA		Ch ²	Sig.
	Controlados N = 30 F (%)	Descontrolados N = 30 F (%)		
Escolaridad			8.294	.081
Analfabeta	4(6.7)	10(16.7)		
Primaria	8(13.3)	10(16.7)		
Secundaria	8(13.3)	8(13.3)		
Preparatoria	3(5.0)	1(1.7)		
Licenciatura	7(11.7)	1(1.7)		
Ocupación			5.730	.333
Ama de casa	8(13.3)	11(18.3)		
Obrero	6(10.0)	3(5.0)		
Agricultor	4(6.7)	9(15.0)		
Profesionista	6(10.0)	2(3.3)		

Policía	2(3.3)	1(1.7)		
Pensionado	4(6.7)	4(6.7)		

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Se realizó análisis de fiabilidad de los instrumentos de evaluación para APGAR familiar y para el instrumento de FACES III.

Tabla No. 14.- Fiabilidad de los Instrumentos APGAR y FACES III

DIMENSION	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
APGAR Familiar	1,2,3,4,5	.903	.905
FACES III			
Cohesión	1,3,5,7,9,11,13,15,17,19	.787	.808
Adaptabilidad	2,4,6,8,10,12,14,16,18,20	.853	.890

DISCUSIÓN

Se encontró que el ambiente familiar de los pacientes estudiados influye en gran medida buen control de la enfermedad, así como, a la modificación de la conducta tanto del enfermo, como del resto de los miembros del núcleo familiar, aspectos de vital importancia para su control. Esto trae como consecuencia, alteraciones en su dinámica familiar, de no saber manejar el binomio enfermo-enfermedad dentro de la familia. En base a la convivencia adecuada o inadecuada que predomine en su núcleo, determinará el interés o motivación para el control de su patología.

En el presente estudio se observó una disfunción familiar predominantemente mayor en pacientes catalogados en el grupo II con cifras de descontrol de descontrol de presión arterial siendo con un porcentaje de 21.7% y de 36.7% en familias funcionales.

La presencia de un enfermo crónico en la familia trae consigo alteraciones en la dinámica familiar, y con ello las modificaciones importantes en cuanto al ciclo vital en el que se esté viviendo. Contribuyendo esto a que el paciente no logre su control adecuado, por falta de apoyo familiar.

En resumen la mayoría de los pacientes afrontan su hipertensión arterial y posibles complicaciones de una manera individual, a través de la conducta externa en el primer nivel de atención además del uso de sus propios recursos.

En el año 2008 fue realizado una investigación similar en la ciudad de Colima, donde

En la Revista Atención Familiar de la UNAM, del XXI Congreso de Medicina Familiar, en la investigación relacionada con la Hipertensión Arterial, de acuerdo al cumplimiento terapéutico de pacientes con Hipertensión Arterial esencial, según el test de Morisky-Green, el cual concluye que la falta de cumplimiento terapéutico, es uno de los problemas más significativos con los que se enfrenta el Médico Familiar en la práctica clínica. Considerando además los resultados de ésta investigación, el porcentaje encontrado de disfunción familiar fue alto asociado al

descontrol de la hipertensión arterial, por lo que es necesario buscar alternativas para la adecuada adhesión al tratamiento y a la intervención en familias disfuncionales.

CONCLUSIONES

Se observó la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras mayores a 139/89 mm/Hg. Predominantemente en pacientes miembros de familias disfuncionales.

En la fuerza de trabajo de una familia, manera en que una familia vive e interactúa, las relaciones entre todos sus integrantes. Se observó cambiante y sujeta a diversas influencias internas y externas dadas por la presencia de un miembro con hipertensión arterial.

La capacidad de la familia como sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, llamado funcionalidad familiar se vio estrechamente comprometida en los casos en estudio ya que a mayor disfuncionalidad mayor cifras de presión arterial, descontrolados.

Las Relaciones que existen entre los integrantes de una familia se observaron afectadas en mayoría en el grupo II.

La Medida de la fuerza que ejerce la gravedad sobre un cuerpo determinado, el peso no observamos relación con la cifras de presión arterial sistémica.

La Medida que depende la población y sexo, así como de la genética y del estado nutricional, no presentó relación con cambios en las cifras de la presión arterial.

A mayor índice de masa corporal registrado mayor descontrol de la Hipertensión arterial Sistémica

El grado de escolaridad registrado sí destacó, a mayor grado de escolaridad menor fue el descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica.

Situación determinada por relaciones de familia que establece ciertos derechos y obligaciones, el estado civil en cada individuo estudiado mantuvo estrecha distancia entre los dos grupos estudiados, por tanto no influyó en las cifras de descontrol.

En relación con el conjunto de sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos y recomendada a cada paciente cose observó que a mayor cumplimiento mayor porcentaje y a menor apego a la dieta mayor descontrol.

El Conjunto de movimientos corporales que se realizan con el objetivo de condicionar físicamente, nos dio una aportación destacada ya que los pacientes que se encontraron donde el paciente informa que realiza actividad física de 4 a 7 días por semana, se dispara el grupo I con cifras de control con una diferencia de más de 11 puntos porcentuales.

En el presente estudio se observó que 35 pacientes (58.3%) presentaron un grado de disfuncionalidad familiar, con predominio en las cifras de descontrol de la presión arterial.

En comparación con las 25 familias altamente funcionales representando el 41.7% de las cuales 22 pacientes (36.7%) presentan cifras de control de la presión arterial sistémica.

Por tanto me permito sugerir de acuerdo a mis resultados del estudio, que la disfunción familiar es más frecuente en el paciente con hipertensión arterial descontrolada en comparación con pacientes controlados y con familia altamente funcionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Rosas PM, Lara EA, Arch. Card Méx.75-1 Méx. ene/mar 2005.p:155-167.
2. Catelli WP. Epidemiology of triglycerides: a view from Framingham. Am J Cardiol 1992; 70(19):3-9.
3. Guías clínicas para la detección, prevención diagnóstico y tratamiento de HAS en México. Comité Institucional de expertos en HAS. Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”. Secretaría de Salud. 2008; 78 (2); 5-57.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención tratamiento y control de la hipertensión arterial 2.
5. Lomelí C. Rosas N. Mendoza-González C. Hipertensión arterial sistémica en el niño y el adolescente. Arch. Card Méx. 2008; 78 (2):82-93.
6. Lawes C, Bennet D, Feigin V et al. Blood pressure and stroke. An overview of published reviews. Stroke 2004; 35:775-785.
7. Castaño G, Medina Ma. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev. Med. Inst. Mex. Seg Soc 2011; 49 (3):315-324.
8. Benavente O, Hart R. Enfermedad cerebrovascular y cardiovascular: dos entidades íntimamente relacionadas. Editorial Stroke en español. J Am Heart Assoc 2004; 2:4.
9. Murray CJL. López AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1269-1276.
10. Estadísticas vitales. Salud Pública Méx 2005; 47:178-179.
11. Bonita R, Beaglehole R, Asplund K. The worldwide problem of stroke. Curr Op Neurol 1994; 7:5-10.
12. Barquera S. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. Salud pública Mex. 2010; 52:63-71.

13. Constante-Sotelo J. Presión arterial sistólica y pronóstico funcional en pacientes con enfermedad vascular cerebral aguda: Registro mexicano de enfermedad vascular cerebral. Arch. Card Méx. 2011; 81:176-177.
14. Castaño G, Medina Ma. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Rev. Med. Inst. Mex. Seg Soc 2011; 49 (3):315-324.
15. Pérez C. La familia en su etapa de formación. Rev Cubana Med Genética Integral 1999; 15(3):237-40.
16. Luque A, González P, Mesa E, Mauroset R. Algunos factores psicosociales en la dinámica.
17. M. Concha T, CR Rodríguez T. Funcionalidad Familiar en Pacientes Diabéticos e Hipertensos compensados y descompensados. Ven, 2010; 19 (1):41-50.
18. Cerda A. Abordaje integral de la salud familiar. Un método para la práctica de medicina familiar. Rev. Mex. Fam. 1990, 3: 76-86.
19. Verter B. High-lights of the sixth report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Am J Health Syst Pharm 1998; 55(4):126-32.
20. Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ra. edición. Editorial Medicina familiar Mexicana. México. 2006:187.
21. Suárez MA. El Médico Familiar y la atención a la familia. Rev. Paceaña de Medicina Familiar. 2013; 95(1):1-12.
22. Donati Pierpaolo. Sociología de la familia. EUNSA. España 2003: 2-3.
23. Evangelina Aronne. Conceptos, crisis, tipos y terapia. La familia. Córdoba Argentina, 2007:1-5.
24. Instituto nacional de geografía e informática (INEGI), censo de población y vivienda 2010.
25. Anzures R, Chávez V, García M. Instrumento evaluación de la funcionalidad familiar. Medicina Familiar. Corinter 1era edición. México 2008:229

26. González E. Psicología del ciclo vital. Editorial CCS. 2da Edición. España. 2002:65-66.
27. Minuchin Salvador. Modelo familiar. Familias y Terapia Familiar. Buenos Aires, Gedisa. 1986: 3 y 7.
28. López E. Familia y Sociedad. Instituto de ciencias de la familia. Ediciones Rialp. España 2000:46.
29. Allan Carlson, «What's wrong with the United Nations' Definition of "Family"»? »The Family in America, 1994: 3.
30. Jackson DD. The study of the family. Fam Proc. 1965; 4: 9. Chagoya L. Dinámica familiar y patología. En: Dulanto E, editor. La familia medio propiciadora o inhibidor del desarrollo humano. México, D. F.: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México; 25-38.
31. Minuchin Salvador, Terapia Estructural de la Familia, Epilogo Salvador Minuchin. 16:306-307.
32. Bellón JA, Delgado A, Luna-del Castillo J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria. 1996; 18: 289
33. Smilkstein G. The family APGAR. A proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract. 1978 6: 1231-9.
34. Huerta Gonzalez JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfil The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, instrument desarrollado por David H. Olson y col. en 1985:239.
35. UNAM: Atlas Geográfico del Estado de Michoacán, 1979: 85.
36. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática: Anuario Estadístico del Estado de Michoacán, Aguascalientes, Méx. 2010:162.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS
DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:

**EFFECTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA
EN FAMILIAS DISFUNCIONALES**

Patrocinador externo (si
aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del
estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que
recibirá al participar en el
estudio:

Información sobre resultados
y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en
derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador

Yadira Abaunza Castañeda

Responsable:

Colaboradores:

Bertha Verónica García Montelongo

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:
Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso
Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono
(55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a la Comisión de Ética de la Investigación de la CNIC del IMSS: Av. Cuauhtémoc No. 330 Cuarto Piso Bloque (B) de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D. F., C.P. 06720. Tel. (55) 56 27 69 00 Ext. 21230, Correo Electrónico: comision.etica@imss.gob.mx.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

CLASIFICACION DEL CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL

Folio no. _____

Nombre _____

Junio	Julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre

Paciente controlado

Paciente descontrolado

Anexo 3

Apoyo familiar (Anexo 3) clasificación.

0: Si algún miembro de la familia brinda ayuda al enfermo en cuatro o más de los siguientes aspectos:

1. Exigirle que cumpla el tratamiento.
2. Acompañarlo a la consulta.
3. Exigirle que cumpla la dieta.
4. Dejar de fumar, si fuma.
5. No ingerir en exceso bebidas alcohólicas.
6. Realizar ejercicios físicos.

1: Si brinda ayuda al enfermo en tres aspectos de los anteriormente señalados.

2: Si no brinda ayuda o lo hace en menos de tres aspectos.

Interrelación médico-familia

0: Si el equipo de salud usa técnicas de comunicación con los familiares.

- El médico y la enfermera le explican a la familia aspectos relacionados con la enfermedad.

- El equipo de salud cumple el plan de visitas programadas en más del 95%.

1: Si cumple dos aspectos solamente.

2: Si cumple con uno o no realiza ningún aspecto.

Necesidades cognoscitivas de la familia.

Se operacionalizó en 0 ó 1.

0: Si tiene información sobre:

- Dieta adecuada, daños que produce la ingestión de alcohol y el hábito de fumar, importancia del tratamiento, del ejercicio físico, de la asistencia a consulta, así como las complicaciones de la enfermedad.

1: Si tiene información sólo de tres o menos de los aspectos anteriormente señalados.

Anexo 4

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: _____

Instrucciones: Por favor, elija la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?	0	1	2
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasa juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia lo (a) quiere?	0	1	2

Análisis:

Puntaje Total: _____

Familias altamente funcionales: 7 a 10 puntos

Familias moderadamente funcionales: 4 a 6 puntos

Familias severamente disfuncionales: 0 a 3 puntos

Anexo 5

Escala de Evaluación y Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACESIII)

Aplicación

Este cuestionario se aplicara a personas mayores de 30 años que sean miembros de familia con hijos que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestado se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

Describa a su familia

1. ¿Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí?

1. Nunca ___ 2. Casi nunca ___ 3. Algunas veces ___ 4. Casi siempre ___ 5. Siempre ___

2. ¿En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas?

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5. Siempre____

3. ¿Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia?

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5. Siempre____

4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5. Siempre____

5. ¿Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos?

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5. Siempre____

6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5. Siempre____

7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia

1. Nunca____ 2. casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5. Siempre____

8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5. Siempre____

9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5. Siempre____

10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

11. Nos sentimos muy unidos

1. nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

12. En nuestra familia los hijos tomas las decisiones

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

14. En nuestra familia las reglas cambian

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

15. Con facilidad podemos planear actividades en familia

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

19. La unión familiar es muy importante

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

1. Nunca____ 2. Casi nunca____ 3. Algunas veces____ 4. Casi siempre____ 5.
Siempre____

ANEXO 6

CLASIFICACION

La clasificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad de los ítems pares, calificándolas según la siguiente tabla:

		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
→	Caótica 29 a 50	Caóticamente Disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructura da 20 a 24	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente Semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente Disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente aglutinada

En esta tabla los espacios en gris oscuro se toman como familias con disfunción grave, los espacios en gris claros como disfunción leve y los espacios en blanco como familias funcionales.

ANEXO 7

Clasificación de la Familia (PRCAMF). Por favor marca con una X al tipo de familia que perteneces.		
	Hombre y mujer sin hijos.	
	Padre y madre con 1 a 3 hijos.	
	Padre y madre con 4 hijos o más.	
	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.	
	Padre o madre con hijos.	
	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.	
	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.	

ANEXO 8

Recolección de datos.

Folio _____

Nombre _____

No. SS

Edad _____

Peso _____ talla _____ IMC _____

Ocupación _____
Escolaridad _____

Lugar de residencia

Cifras de PA _____ Estado civil

Dieta Cumple _____ No cumple _____

Ejercicio 0: 4 a 7 veces por semana _____

1: 1 a 3 veces por semana _____

2: No realiza ejercicio _____